

**Mi Amigo ToM, Programa para Estimular Teoría de la Mente en Niños con Trastorno del  
Espectro Autista Nivel 1**

Daniela Feged Zapata

Maestría en Neuropsicología Clínica

Facultad de Psicología, Universidad CES

Asesora: Isabel Cristina Márquez Feijoo

2022

## Resumen

El trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo de origen neurobiológico caracterizado por alteraciones en la comunicación e interacción social y por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Existe fuerte evidencia que relaciona al TEA con dificultades para la comprensión de la Teoría de la Mente (ToM), es decir con la capacidad para realizar inferencias sobre las intenciones, pensamientos y estados emocionales de los otros necesarios para un funcionamiento social apropiado que brinde calidad de vida. Estudios sugieren que ToM es susceptible de ser estimulada en esta población, desde una perspectiva del funcionamiento cognitivo se plantea un programa de restauración de ToM en niños entre los 6 y 10 años con TEA nivel 1, basado en la propuesta de Goldman-Rakic sobre las funciones ejecutivas. Este consta de 29 sesiones, 23 de manera individual y 2 de forma grupal; que incluyen psicoeducación con el paciente, con la familia y con el entorno escolar. El programa se divide en 4 módulos de intervención: reciprocidad social, reconocimiento emocional de los estados propios y de los otros, falsas creencias de primer y de segundo orden y toma de perspectivas, además se contemplan dos momentos de evaluación de ToM y de las habilidades sociales para evaluar la eficacia de la intervención.

### Palabras Claves

Autismo, Teoría de la Mente, intervención, niños, habilidades sociales, neuropsicología

## Planteamiento Del Problema

El trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones en la comunicación e interacción social y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Su prevalencia es del 1% en Estados Unidos y en otros países del mundo (American Psychiatric Association, 2013) y su sintomatología se expresa en la primera infancia, siendo común su diagnóstico entre los 3 y los 5 años (González et al., 2019).

Debido al espectro de síntomas y tomando en cuenta los dos factores nucleares del TEA, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión (DSM V) propone tres niveles de gravedad de acuerdo a las necesidades de ayuda, siendo el nivel 1 el de mayor funcionamiento y menor requerimiento de apoyos (American Psychiatric Association, 2013). Aunque se han propuesto múltiples orígenes para esta condición, su etiología continúa siendo desconocida, si bien las causas se presumen son de carácter multifactorial e involucran componentes genéticos y ambientales (Hodges et al., 2020).

Como se ha mencionado, el trastorno del espectro autista tiene como factor central la presencia de déficits o alteraciones en la interacción social, donde la habilidad para iniciar, coordinar y mantener relaciones con los otros se ve afectada (Bottema-Beutel et al., 2018), las diferencias en el espectro pueden ir desde un poco o nulo interés por el desarrollo de las mismas hasta un desempeño inadecuado e insuficiente en situaciones cotidianas (American Psychiatric Association, 2013). Un funcionamiento social apropiado requiere, entre otras cosas, de la capacidad para realizar inferencias sobre las intenciones, pensamientos y estados emocionales de los otros (Conway y Bird, 2018), esta capacidad se entiende como “teoría de la mente” (ToM).

La teoría de la mente se ha relacionado con elementos de la vida social cotidiana de los niños como la popularidad, el liderazgo, la persuasión, la decepción y la soledad (Peterson y Wellman, 2019).

Aunque el concepto de teoría de la mente nace de los estudios de Premack y Woollin en 1978 con chimpancés, fueron Baron-Cohen y Leslie quienes lo aplicaron al estudio del autismo (Alhucema, 2016), otros autores han seguido sus pasos, siendo hoy el tema de ToM y su relación con TEA de gran interés para la investigación y la intervención (Zegarra-Valdivia y Chino Vilca, 2017).

Existe fuerte evidencia que relaciona el TEA con dificultades para la comprensión de ToM (Tine y Lucariello, 2012). Algunos autores sugieren que estas se presentan más en algunos tipos de tareas o en el componente que procesa los estímulos de carácter social en este constructo (Mazza et al., 2017), otros señalan que los déficits son propios del análisis de la información emocional, más que de aspectos del razonamiento cognitivo de ToM, aunque estos puedan existir, lo que indicaría un retraso comparado con los niños de desarrollo típico más que un impedimento en los niños con TEA (Pino et al., 2017) y algunos explican las anomalías, debido a la disminución en la conexión entre circuitos posteriores y frontales que alteran el procesamiento de la información que involucran este constructo (Andreou y Skrimpa, 2020).

Aunque se reconoce que las alteraciones en ToM no son exclusivas del trastorno del espectro autista (Gernsbacher y Yergeau, 2019) y que el constructo de teoría de la mente ha cambiado a lo largo de los años y presenta hoy en día, múltiples definiciones y procesos asociados que dependen de otros factores cognitivos (Gernsbacher y Yergeau, 2019; Hamilton et al., 2016; Schaafsm et al., 2015), la evidencia es clara: tanto a nivel de funcionamiento cerebral

como de rendimiento en pruebas y en desempeños cotidianos, existen alteraciones en el desarrollo de ToM en los niños con autismo (Kana et al., 2015; Schurz et al., 2014; Tine y Lucariello, 2012), estos déficits repercuten en las habilidades sociales cotidianas (Adibsereshki et al., 2015) afectando la calidad de vida.

Pese a que existen programas desde diversas áreas del conocimiento que intentan estimular ToM en niños con TEA (Paynter et al., 2016) pocos consideran intervenir desde una perspectiva del funcionamiento cognitivo tomando en cuenta los circuitos cerebrales afectados, aun conociendo el carácter innato y neurobiológico de ToM. En varios estudios se han reportado dificultades para la generalización de los resultados de las intervenciones y no siempre se ha comprobado la obtención de una mejora real en las habilidades sociales de los niños (Szumski et al., 2019), lo anterior sugiere la importancia de utilizar un programa de rehabilitación desde la neuropsicología, que estimule el desarrollo de esta capacidad con miras a impactar el funcionamiento social de esta población.

### **Justificación**

Cifras de la OMS (2019) señalan que, en el mundo, 1 de cada 160 niños se encuentra en el espectro del autismo, esta condición es 4.5 veces más frecuente en hombres que en mujeres (Andreou y Skrimpa, 2020) y aunque no existe diferencia en la sintomatología acorde al género, estudios muestran que en las mujeres esta condición tiende a ser menos diagnosticada o a serlo de forma errada (Rynkiewicz et al 2019), por lo que aquellas mujeres que lo son, suelen mostrar síntomas más severos y se asocian con mayor frecuencia a discapacidad intelectual y factores de riesgo para enfermedades psiquiátricas (Campisi et al., 2018). Investigaciones a nivel global

comprueban que el TEA aparece independiente de la etnia, la nacionalidad y el estrato socioeconómico (Hodges et al., 2020).

En Latinoamérica no se encontraron cifras actualizadas sobre la prevalencia de este trastorno. En Colombia, aproximadamente un 16 % de la población menor de 15 años padece algún tipo de trastorno del desarrollo, estos datos incluyen al TEA; sin embargo, no se cuenta con cifras oficiales en el país (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015). Un estudio realizado por Cardona et al., (2019) en la ciudad de Medellín, donde se caracteriza la población de niños y adolescentes atendidos en una unidad de neuropsicología de la ciudad, encontró que el segundo diagnóstico principal en el rango de cero a cinco años fue el trastorno del espectro autista. Las comorbilidades más comunes en el TEA incluyen los desórdenes de ansiedad, el trastorno oposicionista desafiante, el TDAH y la discapacidad intelectual (Masi et al., 2017).

Se ha señalado que la prevalencia de este trastorno en el mundo va en aumento (Elsabbagh et al., 2012), como hemos visto, la dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas relacionada a bajos desempeños en ToM característicos en esta población, afectan las habilidades sociales y repercuten en el tipo y calidad de los vínculos que se establecen con los otros, lo que puede llevar a que niños con TEA de alto funcionamiento no puedan adaptarse correctamente a entornos escolares y sociales, pese a tener las capacidades intelectuales para hacerlo. Adultos con autismo reportan altos niveles de ansiedad, más soledad y necesidad de mayor apoyo en contextos de relaciones sociales (Lin y Huang, 2017), cerca de un 40% de niños con autismo manifestaron experimentar síntomas de ansiedad o pobre regulación emocional (Leia y Ventola, 2018), se conoce que los niños con TEA que puntúan con altos

niveles de ansiedad tienen peor calidad de vida y más bajos resultados en el funcionamiento social, emocional, físico y escolar (Adams et al., 2019).

Intervenir en ToM tendría un efecto benéfico en la capacidad y calidad de las interacciones sociales de los niños con autismo, mejorando su calidad de vida y posibilidades de inclusión. También puede proveer un beneficio terapéutico en la reducción de ansiedad, ya que mejores puntuaciones en ToM se asocian con menores niveles en esta (Leia y Ventola, 2018).

Los efectos del autismo también abarcan de forma directa e indirecta a muchos entornos y sectores como la familia, la salud, la educación y la sociedad, esta condición crónica afecta la capacidad de integración y participación de los adultos en el mercado laboral y en actividades comunitarias (Novoa-Sotta, 2019). Los padres de niños con autismo puntúan mucho más alto en niveles de estrés que otros grupos de padres (Bonis, 2016). Por otra parte, las escuelas deben abordar la problemática de la inclusión educativa y el sector salud, destinar recursos y personal a programas de apoyo y atención. Los niños con esta condición requieren cuidados constantes y rehabilitación temprana, generando valores entre costos médicos, no médicos y de productividad entre 1.5 y 0.92 millones de euros anuales en el Reino Unido (Howes et al., 2018) y se calcula que para el 2025 en Estados Unidos, se habrán destinado 500 billones de dólares anuales (Masi et al., 2017) al manejo de esta condición. Reportes indican que cerca del 60% al 78% de las personas con autismo tienen dificultades para independizarse, tener oportunidades de empleo y relaciones sociales adecuadas, incluso adultos jóvenes con TEA de alto funcionamiento han mostrado puntuaciones más bajas que sus pares en rendimiento emocional y en calidad de vida (Dijkhuis et al., 2017). Tomando en cuenta que el entorno laboral y productivo también requiere de un funcionamiento social adecuado, esperamos que esta intervención facilite a largo plazo la

integración y participación de los futuros adultos con TEA en este entorno, minimizando la inversión social necesaria.

Debido a las características de la rehabilitación neuropsicológica, este programa puede incluirse dentro de marcos más amplios de atención como planes multimodales o de habilidades para la vida, también puede aplicarse de forma independiente en poblaciones de niños con TEA de alto funcionamiento, lo que facilita su uso en contexto de intervención. Al no requerir de una alta inversión en equipos y materiales o de necesitar una locación específica, puede ser utilizado en la mayoría de espacios lo que permite su aplicación en todos los contextos. Su enfoque pensado en el mejoramiento de ToM y, por ende, en el funcionamiento social, incluye mediciones previas y posteriores de ToM y habilidades sociales para evaluar su eficacia en los contextos de escuela y casa. Desde una propuesta ecológica, el programa considera sesiones de intervención grupal e individual y ofrece acompañamiento en psicoeducación a la escuela, la familia y el paciente.

### **Antecedentes**

El entrenamiento en ToM en niños ha despertado gran interés tanto en población típica como en pacientes con TEA. Hoffman et al., (2016) en un metaanálisis de estudios controlados analizaron 45 experimentos que incluían 1529 niños, encontrando que el entrenamiento en ToM fue, en general, efectivo comparado con los resultados de los grupos control. Las intervenciones tendieron a ser de forma individual en sesiones de 15 a 20 minutos sin que la brevedad afectara su eficacia, aunque las sesiones más largas, pero por periodos cortos, se asociaron a mejores



resultados. En la mayoría de los casos, a los niños se les presentaron tareas parecidas a las se usan para evaluar ToM e incluían retroalimentación del entrenador y juegos de roles.

Una conclusión similar fue encontrada en la población con TEA, en un metaanálisis realizado por Paynter et al. (2016) que incluyó 22 estudios de entrenamiento directo en ToM o en sus habilidades precursoras, los autores concluyen que ambas pueden ser enseñadas a niños con autismo, la mayoría de los estudios evidencian mejoras en la comprensión del concepto de ToM aunque no existe evidencia suficiente que apoye que ésta luego de la intervención sea generalizada o que exista un mantenimiento de estas habilidades en nuevos contextos. Este último elemento fue observado por Begger et al. (2011) en un programa de entrenamiento en ToM aplicado a 40 niños con TEA, luego de 16 semanas y de 54 sesiones grupales de 1,5 hora en promedio. Los autores encontraron efectos positivos de la intervención en la comprensión de aspectos cognitivos de la teoría de la mente, especialmente en tareas de creencias y emociones complejas, pero las familias no reportaron una mejoría en las habilidades sociales de los niños ni se presentaron cambios en los autoreportes sobre empatía, al parecer estas dificultades para la generalización en el TEA se han señalado en el pasado por varios autores (Szumski et al., 2019).

Szumski et al., (2019) reportan un fenómeno similar luego de usar dos programas de intervención: el “Play Time/Social Time” y el “I Can Problem Solv” para el desarrollo de ToM y de habilidades sociales en 52 preescolares con autismo, los autores concluyen que tener un mejor desarrollo en ToM no necesariamente previene dificultades en las relaciones sociales con pares, aunque la intervención si mejora las puntuaciones relacionadas a la teoría de la mente. En esta misma línea, en un estudio con 97 niños con autismo que consistía en 8 sesiones grupales de una hora semanal utilizando el programa de intervención Mini ToM, Begeer et al., (2015) muestran que los resultados de la intervención arrojan una mejora en la comprensión cognitiva de ToM y

de las situaciones sociales, pero no se observan cambios en el reporte de los padres sobre el comportamiento social.

Sin embargo, otros investigadores como Adibsereshki, et al. (2015) siguiendo un método cuasi experimental y utilizando un programa de 15 sesiones de entrenamiento en ToM en un grupo de 24 niños con autismo, encontraron puntuaciones distintas que arrojan diferencias significativas entre el grupo experimental y el control, indicando que el entrenamiento en ToM sí llevó a la mejoría de las habilidades sociales. Resultados acordes fueron encontrados por Waugh y Peskin (2015) donde en un estudio con 94 niños con autismo en un programa de entrenamiento en ToM de 10 semanas, con sesiones de 30 minutos que presentaban historietas de contextos cercanos con apoyos visuales y juegos para practicar las habilidades aprendidas, se reportaron mejores puntuaciones en medidas de ToM y en las respuestas sociales, estas se mantuvieron 3 meses después de terminado el entrenamiento. Se debe resaltar que en este estudio se incluyeron sesiones de entrenamiento para los padres.

En Colombia, Villanueva-Bonilla et al. (2018) en un diseño de caso múltiple con 3 niños con autismo utilizando un programa de 25 sesiones basado en juegos de roles sociales que incluía 3 encuentros de psicoeducación con el entorno familiar de los participantes, presentan resultados positivos en los participantes en el reconocimiento de estados mentales y el lenguaje social, así como en habilidades cognitivas y sociales después del programa de intervención. Se debe aclarar que este programa toma en cuenta las condiciones individuales previas de los 3 niños para aplicar el entrenamiento en ToM.

La creación de un programa de intervención en ToM para niños con TEA se sustenta en estudios que sugieren que la teoría de la mente es susceptible de ser estimulada en esta población,

las investigaciones señalan mejores resultados posteriores al entrenamiento para la comprensión de la teoría de la mente, pero no existe aún evidencia concluyente que compruebe que este tenga un efecto positivo en las habilidades sociales, pese a que existen estudios que reportan los mismos. Posibles explicaciones a este fenómeno pueden basarse en variables como el tipo de programa de intervención, el tamaño de la muestra, la edad o el nivel de gravedad en el autismo como factores a tomar en cuenta (Paynter et al., 2016).

## **Objetivos**

### ***General***

Estimular la teoría de la mente en niños entre los 6 y 10 años con trastorno del espectro autista nivel 1.

### ***Específicos***

Estimular la reciprocidad social fortaleciendo la atención conjunta en niños entre los 6 y 10 años diagnosticados con trastorno del espectro autista nivel 1.

Fortalecer el reconocimiento emocional de estados propios y de los otros para niños entre los 6 y 10 años diagnosticados con trastorno del espectro autista nivel 1.

Estimular el desarrollo de falsas creencias de primer y segundo orden para niños entre los 6 y 10 años diagnosticados con trastorno del espectro autista nivel 1.

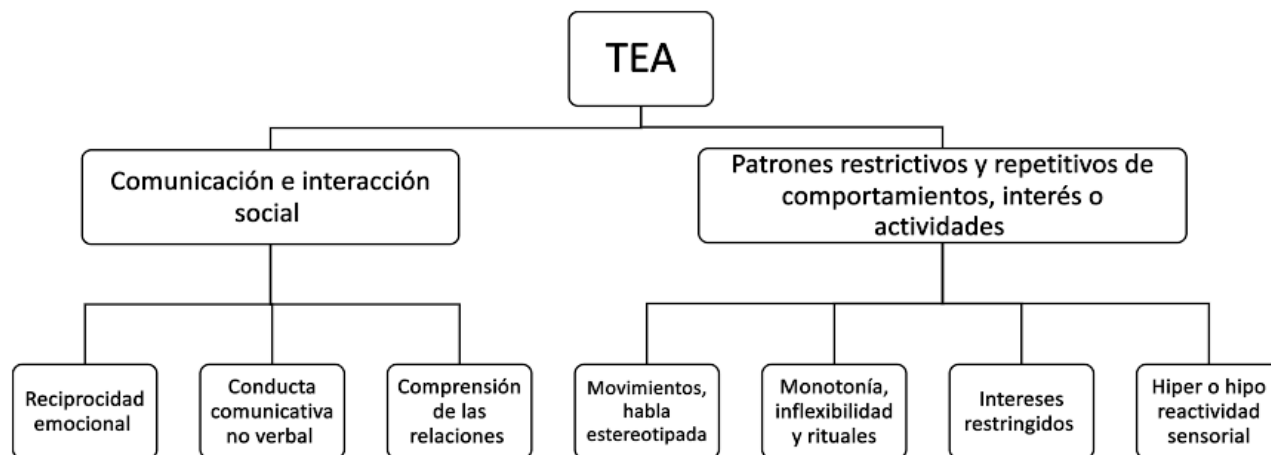
Fortalecer la toma de perspectivas por medio de tareas diseñadas para niños entre los 6 y 10 años diagnosticados con trastorno del espectro autista nivel 1.

Explicar a familias, maestros y pacientes el trastorno del espectro autista, por medio de sesiones y material informativo de psicoeducación.

## **Marco Conceptual**

### **Trastorno Del Espectro Autista**

Según el DSMV, el trastorno del espectro autista posee dos criterios centrales: el primero relacionado a deficiencias en la interacción y la comunicación que se manifiestan en múltiples contextos e incluyen déficits en la reciprocidad social, en las conductas comunicativas no verbales afines a las relaciones sociales. El segundo, con la existencia de patrones restrictivos y repetitivos en el comportamiento, los intereses o actividades; en este punto se mencionan la inflexibilidad en las rutinas, los patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizados, la presencia de movimientos, utilización de objetos o habla estereotipada y las alteraciones en la percepción de los estímulos sensoriales del entorno (American Psychiatric Association, 2013).

**Figura 1.***Componentes del TEA*

*Nota.* Elaboración propia, a partir de American Psychiatric Association, 2013.

Se proponen tres niveles de gravedad de acuerdo a las necesidades de apoyo, en el grado 3, el de mayores requerimientos, existen profundos déficits en la comunicación verbal y no verbal, poca iniciativa en las interacciones sociales y respuesta mínima ante la misma con altos niveles de inflexibilidad y dificultades para asumir los cambios que afectan todas las áreas funcionales (American Psychiatric Association, 2013). En el nivel 1, el de mayor funcionamiento, se observa un detrimento en las relaciones con dificultades para la iniciación de la interacción social con respuestas atípicas o poco exitosas en estas, aunque el lenguaje verbal pueda estar preservado, existen problemas para organizar y planificar, con comportamientos inflexibles que causan interferencia en el funcionamiento en uno o más contextos cotidianos (Hoogenhout y Malcolm-Smith, 2017).

Aunque su diagnóstico es común entre los 3 y los 5 años (American Psychiatric Association, 2013) investigaciones señalan signos precoces observables en los niños entre los 18 y los 24 meses (Hyman et al., 2020) y aun en infantes entre los 7 y los 12 meses de edad (Parmeggiani et al., 2019). La variabilidad en la gravedad de los síntomas y la expresión de los mismos depende de las características individuales y ambientales del paciente, así como de la presencia de comorbilidades como los déficits cognitivos, del lenguaje, enfermedades médicas, genéticas u otros trastornos del neurodesarrollo (García et al., 2018).

El TEA se asocia a factores de riesgo específicos de carácter ambiental y a componentes poligénicos (American Psychiatric Association, 2013), se han vinculado cientos de genes al riesgo de desarrollar este trastorno; estudios genéticos con gemelos demuestran un factor hereditario del 54%. Existe un gran número de estudios que reportan variaciones fisiológicas, como la desregulación inmune, la disfunción mitocondrial o el estrés oxidativo en pacientes con esta condición. También, se han investigado factores de riesgo pre y perinatales como la edad de los padres, la prematuridad, alteraciones en el embarazo o la utilización de concepción asistida. Se han realizado grandes intentos por asociar esta condición a cambios en múltiples proteínas o en hallar biomarcadores que sirvan para el diagnóstico temprano (Shen et al., 2019), pese a los esfuerzos, aún se desconoce una causa común a las diversas manifestaciones del trastorno.

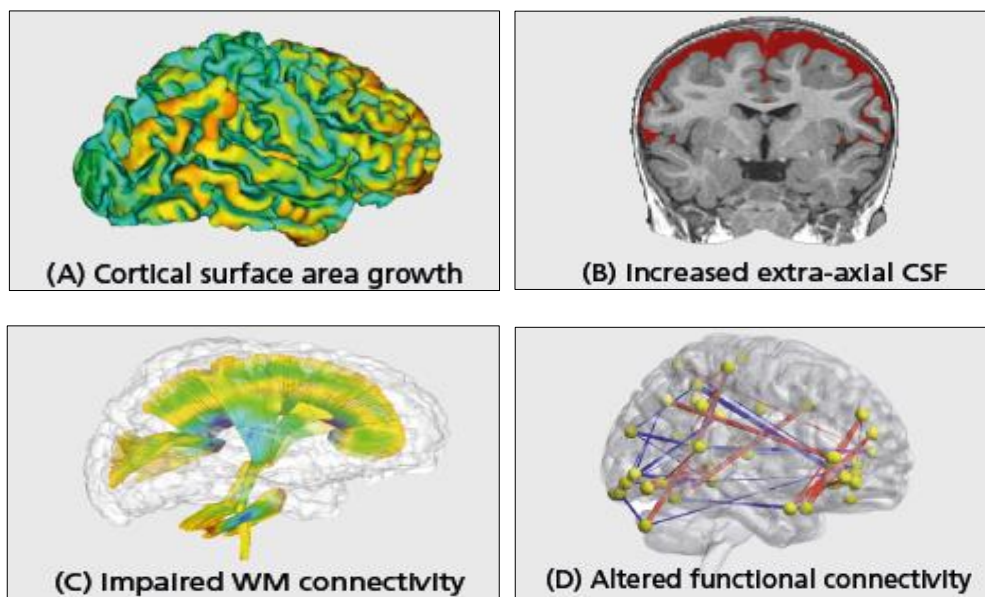
Estudios de neuroimagen estructural apuntan a un incremento en el volumen y la circunferencia del cráneo en niños con TEA entre las edades de 2 a 4 años, desapareciendo las diferencias entre los 5 a 6 años donde la curva de crecimiento se iguala a la de los niños de desarrollo normal. Investigaciones sugieren que la trayectoria de maduración de las cortezas cerebrales en el TEA es atípica, en la cual las zonas corticales filogenéticamente más viejas maduran primero que las zonas de asociación en el lóbulo frontal y temporal, lo que podría

generar diferencias en la conexión a nivel de los sistemas cerebrales. En los adultos con TEA, se conocen de variaciones neuroanatómicas en los sistemas fronto-temporal y fronto-parietal, el complejo amigdalino e hipocampo, el cerebelo, los núcleos basales y el cíngulo. También se reportan diferencias en la sustancia blanca del cuerpo calloso, el fascículo arqueado y las vías límbicas (Ecker et al., 2017).

Se han señalado además alteraciones en los procesos de sinaptogénesis, poda y mielinización antes de los 2 años en niños con TEA. En una investigación con infantes de 6 meses que luego fueron diagnosticados, se encontraron alteraciones en el desarrollo de los circuitos de sustancia blanca, aunque no se ha podido esclarecer si estas son primarias o secundarias a la condición. Asimismo, existen reportes de cambios en la citoarquitectura cerebral, variaciones en el número y la densidad neuronal como la presencia en adultos de menor concentración de neuronas en las estructuras límbicas. Se evidencian, variaciones en la organización y ubicación celular en las capas neuronales, principalmente piramidales y cambios sinápticos y de concentración de neurotransmisores, como es el caso de GABA en algunas regiones hipocampales, aunque estos hallazgos no corresponden a toda la población diagnosticada (Ecker et al., 2017).

## Figura 2.

### *Neuroimágenes cambios en el TEA*



*Nota.* Imágenes por Shen et al, 2017. a). Crecimiento en la superficie cortical. b) Incremento en el líquido cefalorraquídeo. c). Conectividad en vías mielinizadas. d). Alteraciones en la conectividad funcional.

## Teoría De La Mente (ToM)

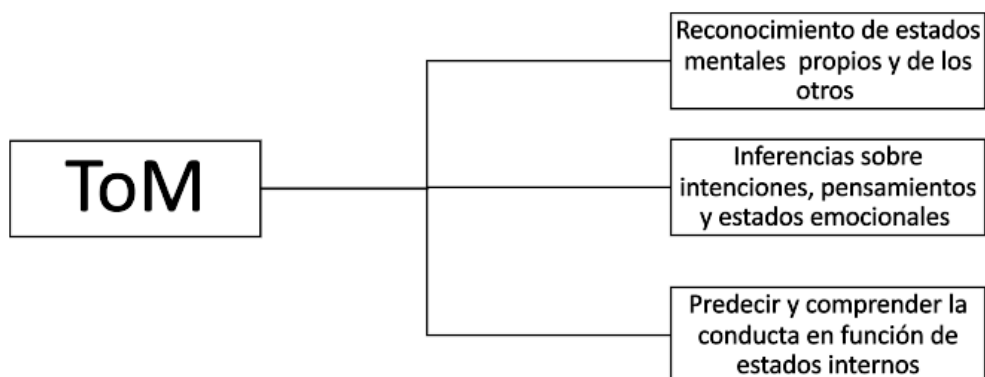
Considerada parte de la cognición social, ToM es una capacidad mentalista y metacognitiva compleja que refleja el reconocimiento que las personas tienen de su propia mente y de la existencia de una en los otros, tanto en aspectos cognitivos como afectivos; incluye la posibilidad de reconocer los estados mentales propios y saberlos distintos a los de los demás (Zegarra-Valdivia y Chino Vilca, 2017), además, es la facultad de predecir y comprender la conducta de los otros en función de sus estados mentales expresados en creencias o deseos que pueden o no corresponder a la realidad (Gómez Echeverry, 2010). La teoría de la mente es un



constructo multidimensional que abarca más de una habilidad, por lo que debe entenderse como una competencia que se adquiere a lo largo de la infancia a modo de procesos.

### Figura 3.

#### *Componentes de ToM*



*Nota.* Elaboración propia, a partir de Conway y Bird, 2018, Gómez Echeverry, 2010 y Zegarra-Valdivia y Chino Vilca, 2017.

En cuanto a los circuitos cerebrales involucrados en ToM, se conoce de una red compuesta por la corteza prefrontal medial y la unión temporoparietal, estas dos áreas han sido asociadas a esta función sin importar el tipo de tarea o la forma en que fue evaluada (Kim et al., 2016). Otros autores confirman estas áreas, Xiao et al. (2018) incluye el córtex del cíngulo posterior y el precuneus dentro de esta red, donde las zonas más laterales de la corteza se relacionan con el conocimiento de los estados mentales de los otros y las zonas mediales con componentes emocionales y afectivos de ToM. Kim et al. (2016) vinculan la zona anterior o posterior de estas áreas con el tipo de tarea presentada, principalmente las posteriores para las

tareas de falsas creencias. El precuneus, los lóbulos temporales, el giro frontal inferior, la amígdala y surco temporal bilateral se activarían dependiendo principalmente de las características de la tarea que se usa para evaluar ToM.

La conexión entre la unión temporoparietal derecha y la corteza posterior del cíngulo bilateral en niños se asocia a etapas avanzadas del desarrollo de esta función, siendo la unión temporoparietal bilateral junto con la corteza del cíngulo y la corteza prefrontal medial de suma importancia para el procesamiento de la teoría de la mente en infantes (Xiao et al., 2018). Mukerji et al. (2019) demuestran cambios en estas cortezas de acuerdo a la tarea de ToM, lo que indica una integración funcional de la red en este grupo poblacional. Richardson y Saxe (2019) por su parte, en un estudio con niños muestran que la red cerebral ToM se asocia a la inferencia y también a la predicción de los pensamientos y sentimientos de los otros, especialmente la corteza temporoparietal bilateral, el precuneus y la corteza prefrontal.

Tractografías probabilísticas relacionan los resultados en tareas de falsas creencias con la edad y los cambios en las estructuras de sustancia blanca temporoparietales, en el precuneus y en la corteza prefrontal medial, con un incremento en la conexión de sustancia blanca dorsal entre la región temporoparietal y frontal inferior. La maduración en la sustancia blanca en la red ToM explica el paso cualitativo entre los 3-4 años, especialmente en la conexión de la región anterior del fascículo arqueado que conecta regiones temporoparietales con las áreas anteriores (Wiesmann et al., 2017).

En estudios de neuroimagen en niños con TEA evaluados, se reporta una activación menor que la de sus pares en la red de ToM, en la red de las neuronas espejo y el cerebelo, incluyendo en el caso de la teoría de la mente alteraciones en la corteza prefrontal medial, el área

temporoparietal, el precuneus, el cíngulo y el sulco temporal superior (Kana et al., 2015).

Algunos estudios reportan que dependiendo del tipo de componente de la teoría de la mente que sea requerido se utilizan algunas cortezas, los componentes cognitivos de ToM se asocian a la corteza medial prefrontal, el cíngulo anterior y el giro temporal superior. En tareas de ToM afectivas se muestra más activación en la ínsula y zonas subcorticales que en las anteriores, la corteza anterior del cíngulo sería la candidata donde la interacción entre emoción y cognición ocurre. Una mayor activación en el cíngulo anterior y la corteza prefrontal se asocia a menor severidad en los síntomas del TEA (Schurz et al., 2014).

La teoría de la mente se ha intentado explicar mediante varios marcos teóricos: El modelo modular, la teoría de simulación o de las neuronas espejo y el modelo de función ejecutiva.

La propuesta modular de Baron-Cohen señala que la teoría de la mente se habría desarrollado y mantenido en la filogénesis humana gracias a su valor evolutivo, dándole un carácter innato. ToM sería una entidad distinta a otras habilidades mentales, aunque avance con ellas y pese a reconocer que la experiencia es importante para poder activar los mecanismos, esta no explicaría por sí misma el desarrollo de la función (Mahya et al., 2014). La “lectura de mentes” entonces, dependería de la instalación de cuatro etapas en el desarrollo del niño: el detector de intencionalidad de carácter perceptual, el detector de movimiento ocular, el mecanismo de atención compartida y el mecanismo de teoría de la mente (Zegarra-Valdivia y Chino Vilca, 2017), estas fases se podrían observar en la comprensión gradual de las creencias de los otros por parte de los niños. Existirían dos mecanismos neurales que permitirían el desarrollo de ToM, uno de carácter metarrepresentacional relacionado a las propias creencias y la de los otros y un segundo, que posibilitaría darles un valor emocional a esos estados mentales orientando la conducta del sujeto (Zegarra-Valdivia y Chino Vilca, 2017). Leslie y sus colegas,

siguiendo la línea modular, han intentado proponer una teoría más completa donde señalan que el módulo innato de teoría de la mente funcionaria hasta los dos años de edad y las consecuentes mejoras en la función se darían por procesos de selección inhibitoria dependiendo de la demanda ejecutiva de la tarea (Mahya et al., 2014).

Las teorías de simulación por su parte, proponen que ToM recaería en nuestra habilidad para acceder a los estados mentales propios, donde por medio de un ejercicio de “ponerse en los zapatos del otro” se proyectaría una simulación de lo que uno experimentaría en el evento (Mahya et al., 2014) permitiendo generar una hipótesis de la intención del otro. En esta línea se inscribe la teoría de las neuronas espejo, este modelo se ha relacionado estrechamente con las posibles explicaciones de los rasgos autistas y las dificultades en la comunicación y la socialización en estos pacientes, ya que se ha vinculado con procesos como la imitación, la empatía y el desarrollo del lenguaje. Las neuronas espejo son un grupo de células localizadas en la corteza cerebral en las áreas frontales inferiores, en la corteza premotora, en el área motora suplementaria, en la corteza parietal inferior y en el área somatosensorial primaria (Andreou y Skrimpa, 2020), este grupo de células se activan durante la realización de una acción, pero también cuando se observa la ejecución de esa acción en otra persona, aparentemente esto permitirían al individuo interpretar las intenciones y emociones del otro detrás de la acción e imitarla en un futuro (Mahya et al., 2014). Como sustento a esta teoría, se conoce que la corteza premotora y la corteza frontal inferior se relacionan con la mímica y la imitación, que serían básicas en el desarrollo de la empatía y el reconocimiento emocional, esta última corteza también se ha vinculado a los procesos de definición de metas e intenciones y a la representación mental de estados internos (Andreou y Skrimpa, 2020).

Por último, el modelo de función ejecutiva (FE) se fundamenta en la estrecha relación encontrada entre estas funciones superiores y ToM (Mahya et al., 2014). Las FE hacen referencia a un conjunto de habilidades cognitivas que se relacionan con la anticipación, el establecimiento de metas, la formación de planes, el inicio, regulación y eficacia para la realización de actividades y la resolución de situaciones novedosas. Se asocia con la capacidad para hacer feedback con los resultados para modificar nuestras acciones, con la cognición social, la regulación del comportamiento, el procesamiento emocional, la motivación, la inhibición de interferencias y la memoria de trabajo. Las FE tradicionalmente se han ubicado en los lóbulos frontales, principalmente en el córtex prefrontal y sus conexiones (Fernández Gonzalo et al., 2016).

En este caso, se plantea que en el procesamiento de ToM los niños recogen información y la relacionan con los estados emocionales y las acciones de los otros a través de la experimentación, donde mejoran sus conjeturas a partir de la comprobación con la vivencia (Mahya et al., 2014), al ser ToM una capacidad multidimensional compleja requeriría de muchos procesos que serían articulados por la FE, como el control inhibitorio del pensamiento y la acción o la planificación y ejecución de tareas. Se ha relacionado también la FE con el procesamiento emocional y la cognición social, en el caso del autismo existen alteraciones en FE que podrían sustentar este modelo explicativo (Gómez Echeverry, 2010) y algunos autores han llegado a considerarlas como predictor de los desempeños sociales en TEA (Lai et al., 2019).

Sin importar el modelo teórico utilizado, ToM debe entenderse como un proceso donde la comprensión de los deseos en los otros se daría antes que la de las creencias, esta comprensión sería necesaria para adquirir el concepto de falsas creencias y la diferenciación entre estados mentales reales y aparentes sería un paso posterior (Zilber, 2017). La teoría de la mente continúa

su desarrollo hasta habilidades más complejas como la capacidad para realizar inferencias y los juicios sociales (Xiao et al., 2018).

Gracias a estudios en neurodesarrollo sabemos que alrededor del primer y segundo año de vida, los niños pueden vincularse por medio de la atención conjunta e iniciar la representación de los estados mentales de los otros (Xiao et al., 2018). Entre los 4-5 años, los niños con un desarrollo típico comienzan a consolidar ToM y cerca de los 6 años se inicia la creación de habilidades más complejas que serían necesarias para entender estados mentales más elaborados (Pino et al., 2017), algunos autores señalan que para los 8 años los niños tienen casi todo el proceso consolidado (Zegarra-Valdivia y Chino Vilca, 2017). En general, la mayoría de autores concuerdan en que el punto de inflexión se logra aproximadamente a los 5 años con la comprensión de tareas de falsa creencia (Zilber, 2017). En este mismo momento del desarrollo, se inicia la comprensión del engaño, las mentiras y la diferencia entre estados aparentes vs. reales. Entre los 6 y los 8 años se adquiere la comprensión de la ironía y de las tareas de falsas creencias de segundo orden, para los 11 años la mayoría de niños reconocen el fenómeno de “faux pas” o “metedura de pata” (Xiao et al., 2018). Algunos autores proponen que la adquisición completa de ToM puede ir hasta los 12 años (Peterson y Wellman, 2019).

Actualmente, se diferencian dos dimensiones en el constructo de la teoría de la mente, uno cognitivo y otro afectivo. El primero se relaciona con la capacidad para realizar inferencias acerca de las creencias, intenciones, pensamientos y motivaciones de los otros. Mientras que el componente afectivo se asocia al procesamiento de los estados emocionales propios y ajenos (Mazza et al., 2017; Pino et al., 2017). Schaafsm et al. (2015) reconocen la dificultad para establecer un constructo teórico claro y específico para ToM, aunque señalan la relación existente entre el procesamiento emocional, la comprensión de causalidades y la habilidad para diferenciar

hechos de creencias como elementos relevantes de ToM. Tirapu-Ustárrroz et al. (2007) por su parte, proponen el reconocimiento facial de emociones, las creencias de primer y segundo orden, el lenguaje y comportamiento social como las ironías, la mentira y las “meteduras de pata” como elementos relacionados a ToM.

En términos de evaluación, existen muchos tipos de tareas que buscan dar cuenta del conocimiento de ToM en niños, retomaremos 4 pruebas que son de uso común en el ámbito clínico e investigativo: La tarea de Sally y Anne de Baron-Cohen y la tarea de la “historia del heladero” que evalúan falsas creencias de primer y segundo orden, y la tarea de “historias extrañas” de Happé y la tarea de meteduras de pata o “faux pax” de Baron-Cohen, que basadas en el lenguaje pragmático, evalúan la comprensión del sentido implícito de un enunciado en presencia de información contraria.

En el test de Sally y Ana, el paciente observa ya sea por medio de títeres, representaciones o por imágenes, a Sally quien esconde una canica (existen variaciones con diversos objetos) en una cesta y luego se va; a continuación, Ana toma la canica y la mete en su propia cesta. Al niño se le realizan preguntas de control para evaluar la memoria del evento, al corroborar que recuerda lo visto, se le pregunta: ¿Dónde buscará Sally la canica?’. La resolución adecuada de la tarea, implica el reconocimiento de que Sally tiene una creencia interna diferente a la propia y a la de Ana y que actuara bajo esta creencia, buscando la canica en su propia cesta (Tirapu-Ustárrroz et al., 2007).

En la historia del heladero, se narra al paciente un evento donde en un día de mucho calor, dos niños (Juan y María) están sentados en el parque (existen variaciones sobre el nombre de los niños y el lugar donde están) cuando llega un camión de helados, como no tienen dinero, María

va a su casa para traer, el heladero le dice que la esperará en el parque mientras ella regresa, sin embargo, después de un tiempo, Juan ve como el heladero está a punto de irse y le pregunta “¿a dónde va?”, este responde que va a irse a la iglesia porque hay muy pocas personas en el parque. Cuando el heladero va conduciendo camino de la iglesia, María que está en casa buscando el dinero, lo ve y le pregunta a donde se dirige y el heladero le responde que hacia la iglesia. Juan va a casa de María a buscarla, pero no lo encuentra, la madre le dice que ella salió a comprar un helado. La pregunta que se debe resolver es: ¿Dónde piensa Juan que María ha ido a comprar al heladero? (Tirapu-Ustárrroz et al., 2007). Como en el ejercicio anterior, la resolución de la tarea implica inferir a partir de la información brindada, una creencia distinta a la propia en los personajes, en este caso, estas creencias son de segundo orden ya que suponen la representación de la representación que tiene un personaje.

En la tarea de historias extrañas, se busca que el paciente pueda identificar en una narración aspectos como la ironía, la mentira y la mentira piadosa, Tirapu-Ustárrroz et al., en 2007 retoman tres ejemplos, al igual que en las pruebas anteriores, se narra, con o sin refuerzo visual, eventos al paciente guiados por preguntas para evaluar aspectos de ToM. En ironía, un niño está mirando a un grupo de niños que se cuentan cosas y se ríen. Este se acerca y les pregunta si puede jugar con ellos, uno de los niños le responde: ‘Sí, claro, cuando las vacas vuelen’. Para el escenario de la mentira, se muestra a dos niños, uno de ellos tiene muchos dulces en un tarro, su compañero le pregunta si podría darle uno, pero el niño responde, escondiendo sus dulces en la espalda, que no puede porque ya no le quedan más. En el caso de las mentiras piadosas, se cuenta al paciente que Pedro recibirá ese día una visita de una de sus tías, aunque la quiere mucho, ese día la tía tiene un nuevo peinado que a Pedro no le gusta, él piensa que no le queda bien, que se ve muy fea y se veía mucho mejor antes, cuando la tía le pregunta a Pedro cómo se ve con su



nuevo peinado, este responde que se ve muy bonita. En cada una de las situaciones se interroga al paciente por la veracidad del evento y por la posible justificación del personaje para referir lo que dice en la narración, con el fin de evaluar la comprensión del sentido implícito de los enunciados.

Por último, las meteduras de patas o “faux pas” son 20 historias que el paciente debe leer, en 10 de ellas el protagonista ‘mete la pata’ en situaciones sociales y en otras 10, no pasa nada.

Un ejemplo de estas historias lo presentan Tirapu-Ustárrroz et al., en 2007:

“Julia compró a su amiga Esther un jarrón de cristal como regalo de bodas. Esther hizo una gran boda y había tal cantidad de regalos que le fue imposible llevar la cuenta de qué le había regalado cada invitado. Un año después, Julia estaba cenando en casa de Esther. A Julia se le cayó una botella de vino sin querer sobre el jarrón de cristal y éste se hizo añicos. ‘Lo siento mucho. He roto el jarrón’ dijo Julia. ‘No te preocupes –dijo Esther–, nunca me gustó; alguien me lo regaló por mi boda.’”

Luego de cada historia se interroga al paciente preguntando por la metedura de pata y por los sentimientos que pueden tener los personajes, siempre se proponen preguntas control que ayuden a evaluar si el paciente recuerda o entiende los eventos ocurridos con el fin de garantizar que las respuestas no estén sesgadas por otros fenómenos, como errores en memoria de trabajo.

### **Atención Conjunta**

La atención conjunta entendida como la habilidad para seguir y establecer la dirección de la mirada, el gesto o la acción verbal desde un otro hacia un objeto o evento de interés con el fin de compartir una experiencia, se encuentra íntimamente relacionada con el funcionamiento social

y el lenguaje (Bottema-Beutel et al., 2018). Esta tendría un desarrollo que va desde la intersubjetividad primaria donde el adulto direcciona la interacción mientras el niño tiene un rol pasivo, hasta una intención deliberada de conexión por parte del infante llamada intersubjetividad secundaria, en este punto, ambos interlocutores son conscientes de que comparten un objeto de interés. Esta habilidad se continúa consolidando hasta los 18 meses de edad (Escudero et al., 2013).

Algunos autores consideran la atención conjunta un precursor de la teoría de la mente, en el TEA se han encontrado alteraciones en esta capacidad (Martín García et al., 2006), cinco de los diez ítems del módulo 1 y 2 del ADOS-2, un reconocido instrumento de evaluación para el autismo, incluyen comportamientos de atención conjunta (Mundy et al., 2017). En un metaanálisis conducido por Bottema-Beutel et al. (2018) se encontró una correlación moderada entre este constructo y el funcionamiento social en el autismo. Humphreys y Bedford (2011) examinaron la relación entre ToM y atención conjunta en pacientes con alteraciones en la teoría de la mente, encontrando un proceso cerebral común en ambos. Evidencias sustentan que la activación en sistemas cerebrales globales como la corteza dorsal y medial frontal, la corteza orbitofrontal y la ínsula, el cíngulo, la corteza superior temporal, el precuneus, la amígdala y el estriado en tareas de atención conjunta (Mundy, 2017).

Las intervenciones directas en atención conjunta en niños con autismo han demostrado ser efectivas en el incremento de esta habilidad, aunque se desconoce qué tipo de niños con autismo responde mejor a qué tipo de intervención (Murza et al., 2016).

## **Reconocimiento Emocional**

La capacidad de reconocer las emociones por medio de la expresión facial, brinda información básica que permite inferir estados afectivos en los otros, lo que facilita la comunicación y la interacción social, este proceso se considera básico para el desarrollo de la teoría de mente (Golan et al., 2018) la empatía, la simpatía, el conocimiento de patrones sociales y un desempeño social normal (Izard, 2001).

Durante el primer mes de vida los niños expresan básicamente dos emociones: agrado y desagrado, el repertorio emocional se va ampliando entre los 3 y 4 meses donde se incluyen las 6 emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, ira, desagrado y sorpresa). Para los dos años se desarrollan las emociones secundarias como los celos, la vergüenza o la culpa, en los años siguientes y gracias a factores del contexto, estas se terminan de consolidar (Martín García et al., 2006).

El reconocimiento de las emociones comienza típicamente entre los cinco y siete años, con la identificación de las seis emociones básicas. Las emociones complejas se desarrollan más adelante y requieren de factores contextuales y de mejores habilidades en ToM. Para los 10 años, los niños con un desarrollo típico pueden asociar casi con la misma capacidad que los adultos las emociones y las expresiones neutrales (Black et al, 2017). Inicialmente este proceso se basa en la expresión del rostro, pero luego, el tono de voz, la narrativa y el lenguaje no verbal terminan por complementar la información disponible. Comprender las emociones de los otros, posibilita inferir las intenciones de estos, así como orientar formas adecuadas de reaccionar, una interpretación inadecuada de las mismas puede afectar el ajuste social (Martín García et al., 2006).

Existe información que evidencia la presencia de dificultades en el reconocimiento de emociones en el caso de los niños con TEA, estas han sido comprobadas por medio de “eye tracking” y de EEG, estas se han reportado más allá de las diferencias culturales (Black et al, 2017). Estudios señalan que el nivel de gravedad del autismo, así como variables respecto al tipo de estímulos presentados, pueden explicar la variación en los resultados, se debe tomar en cuenta que muchas veces individuos con autismo pueden tener desempeños adecuados en cuanto al reconocimiento facial en situaciones de laboratorio, pero presentan dificultades en la vida cotidiana o los resultados, depende de la intensidad de la emoción expresada (Song y Hakoda, 2018), estudios demuestran que en el TEA, el desempeño es peor en el reconocimiento de expresiones negativas, aunque tienden a responder mejor ante expresiones faciales de personas conocidas (Shanok et al., 2019) que ante estímulos emocionales desconocidos.

El reconocimiento de las expresiones emocionales y el razonamiento de los estados emocionales propios y ajenos en situaciones sociales están a la base del componente afectivo de ToM. Este último implica, por una parte, presumir el estado mental de los otros por medio de información observable, como la expresión facial. Por otra, inferir los estados emocionales de los otros a partir de situaciones sociales que permitan predecir la respuesta emocional. La activación de las redes neuronales de estos procesos se asocia a las mismas regiones que se han identificado pertenecen al componente afectivo de ToM (Meinhardt-Injacet al., 2018).

## **Falsas Creencias**

La tarea de falsas creencias creada por Wimmer y Perner (1983) y perfeccionada por Baron-Cohen (1985), se ha convertido en el ejercicio por excelencia para evaluar ToM (Carlsson

et al., 2018), aunque existen diferentes variaciones de la misma, todas indican la comprensión por parte del niño de la existencia de estados mentales en los otros, además del reconocimiento de atribuciones tomando en cuenta una situación real (Xiao et al., 2018). En este tipo de tareas se presentan de forma separada los estados mentales de dos personajes con relación a un tercer elemento en una historia y para su adecuada resolución, se requiere que el niño no solo infiera que existe un estado mental en el personaje, sino que debe reconocer que este no corresponde a los hechos que él conoce, tomando en cuenta la narración (Carlsson et al., 2018), lo que implica inferir que las otras personas pueden tener creencias erradas sobre el mundo físico (Rasga et al., 2017). A este tipo de deducciones se les llama falsas creencias de primer orden y se consolidan típicamente entre los 4 y 5 años de edad (Zilber, 2017).

Las falsas creencias de segundo orden surgen entre los 6-7 años, requieren que el niño genere la representación que tiene un personaje sobre la representación de otro personaje (Zilber, 2017) y que reconozca que esta primera, puede estar errada comparándola con el mundo real (Rasga et al., 2017). Este tipo de inferencias se continúan consolidando en posteriores etapas del neurodesarrollo y se relacionan con otros procesos cognitivos como la memoria de trabajo, el control inhibitorio o la flexibilidad cognitiva (Rasga et al., 2017).

Evidencias demuestran que bajas puntuaciones en el lenguaje (Durrleman et al., 2018), la función ejecutiva o en el coeficiente intelectual (Gernsbacher y Yergeau, 2019) pueden afectar el desempeño en este tipo de pruebas, sin embargo, desde los estudios de Baron-Cohen et al. en 1985, otros autores han demostrado que existen alteraciones en la ejecución de este tipo de tareas por parte de los niños con TEA (Rasga et al., 2017; Durrleman et al., 2018). Algunos autores reportan que los niños autistas pueden demorarse en desarrollar estas inferencias en comparación con sus pares, otros señalan que esta población puede generar inferencias, aunque de forma

simple o que resultan extrañas o poco adecuadas, en el caso de niños con alto funcionamiento, se cree que estos pueden utilizar estrategias verbales de compensación para la ejecución de este tipo de tareas (Rasga et al., 2017).

### **Toma De Perspectiva**

Desde las posturas del análisis de conducta y la teoría de los marcos relacionales (RFT), se utiliza el término toma de perspectiva para referirse a los aspectos no mentalistas y más conductuales de ToM, desde esta mirada la intervención se enfoca en tres elementos principales: El desempeño en tareas de falsas creencias, el ejercicio en marcos deícticos del lenguaje y el entrenamiento en los comportamientos socialmente importantes que requieren de ToM (Peters y Thompson, 2018).

La RFT es un modelo desde el análisis de la conducta que intenta explicar el lenguaje y la cognición, facilita el estudio de comportamientos complejos como la empatía, la creatividad o el autoconcepto desde una perspectiva de respuestas relacionales. Parte de la premisa de que los humanos podemos responder a eventos u objetos por medio de relaciones de contexto, más allá de las propiedades físicas de los mismos. Los marcos deícticos se refieren a las relaciones entre palabras que dependen de un punto de referencia, es decir que su significado se relaciona al hablante, el reforzamiento de este tipo de marcos en palabras como yo-tu, aquí-allá o antes-después, se encuentran a la base de la toma de perspectiva, estos modelos requieren en la interacción social por medio de preguntas y respuestas para desarrollarse, tomando en cuenta que los ambientes donde estas se producen cambian modificando su significado pero sin alterar la relación existente entre ambas (Montoya et al., 2017).

Se ha demostrado que las relaciones deícticas pueden ser entrenadas de forma satisfactoria en personas con autismo, utilizando los tres tipos de relaciones mencionadas anteriormente y aumentando su nivel de complejidad paulatinamente (Montoya et al., 2017).

Se conoce que el entrenamiento en marcos deícticos puede ser útil para la enseñanza de comportamientos socialmente importantes que requieren de ToM, estimular la toma de perspectiva aplicada a situaciones por medio de múltiples ejemplos de contexto mejora las habilidades sociales y se ha demostrado su efectividad para desarrollar la toma de perspectiva en niños con autismo (Peters y Thompson, 2018).

## **Psicoeducación**

Se define como una herramienta de intervención con fines terapéuticos que pretende brindar tanto al paciente como a su familia y cuidadores, información pertinente y veraz sobre la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Busca abordar la cotidianidad del paciente, desde sus propios cuestionamientos y los de su entorno, proporcionando orientación en situaciones del diario vivir que pueden resultar problemáticas. Desde un enfoque de calidad de vida, procura facilitar un estado de independencia y autonomía desde la toma de decisiones y acciones informadas, ayudando a la adherencia al tratamiento, a la aceptación del diagnóstico y al uso de prácticas terapéuticas basadas en evidencia, de esta forma, se intenta impactar en los cuidados, tratos y relaciones de los pacientes y sus familias con la enfermedad (Godoy et al., 2020). El programa de rehabilitación propuesto incluye un componente de psicoeducación ya que reconoce la relevancia de un cambio de visión para superar el estigma y los mitos que rodean al TEA, ya

que muchos de ellos representan barreras que limitan el acceso a prácticas, apoyos e intervenciones adecuadas en el proceso terapéutico de esta condición.

### **Metodología**

Desde una perspectiva neuropsicológica se plantea un programa de restitución de la función de ToM, esto consiste en un entrenamiento directo, con repetición constante, de la función cerebral alterada (Lepe Martínez et al., 2017). Como vimos, algunos autores señalan la estrecha conexión entre las funciones ejecutivas (FE) y la teoría de la mente (Mahya et al., 2014). Russell (2000) y otros (Calderón et al., 2012) apoyan la idea de que esta relación está a la base de las dificultades en el autismo, evidenciándose en las fallas para el control de la acción y el pensamiento, la cognición social, la inflexibilidad y los problemas para comprender los conceptos mentales característicos del TEA.

Es gracias a esta conexión, que el programa de intervención toma como referencia la propuesta de Goldman-Rakic sobre las FE para intervenir en ToM, en este modelo la corteza prefrontal funciona como un sistema ejecutivo central que activa los procesos de dominios cerebrales específicos que se encuentran interconectados, permitiendo la asociación entre la red motora, sensorial y límbica. Esto le permite procesar los estímulos ambientales, de memoria y las metas a conseguir, creando modelos internos de la realidad que pueden adaptar la conducta a los requerimientos cambiantes del ambiente (Rodríguez et al, 2014).

“Mi amigo ToM” se diseña como un programa de restitución en teoría de la mente para niños entre los 6 y 10 años con trastorno del espectro autista nivel 1, consta de 29 sesiones de 1 hora,



una vez a la semana. 23 sesiones son de manera individual y 2 de forma grupal; se incluyen 3 encuentros con la familia y 1 capacitación o intervención en el entorno escolar. Las sesiones grupales se plantean con máximo 5 pacientes con diagnóstico de TEA del mismo nivel de funcionamiento.

Autores como Pino et al., (2017) sugieren utilizar programas para la estimulación de ToM divididos en niveles que vayan de lo simple a lo complejo, que contengan una parte de reconocimiento emocional y el uso de vocabulario para expresar los estados emocionales y su relación en ciertos contextos sociales, otra fase donde se aborden los estados mentales de los demás tomando en cuenta el contexto social, un nivel que permita enseñar que las intenciones de los otros pueden ser diferentes a las nuestras, otro asociado a la toma de otras perspectivas y uno final que incluya razonamientos de intenciones de segundo orden. En una revisión de programas de intervención en ToM en autismo con 22 estudios y 695 sujetos, los autores señalan el papel del reconocimiento emocional y el desarrollo de comunicación social y atención conjunta, como partes del entrenamiento (Fletcher-Watson et al., 2014).

Es por esto, que el programa se divide en 4 módulos de rehabilitación, iniciando por 1. Reciprocidad social, relacionada al concepto de atención conjunta, que consta de 3 sesiones, siguiendo con 2. Reconocimiento emocional de los estados propios y de los otros, cada uno con 3 sesiones, continúa con entrenamiento en 3. Falsas creencias de primer y de segundo orden y, por último, 4. Toma de perspectivas con 5 sesiones.

Begeer et al., (2011) manifiestan la importancia de tener en cuenta el procesamiento cognitivo y emocional de ToM, así como las dificultades en la generalización a entornos sociales dentro de los programas de intervención. Coronado Calderón (2019) resaltan la importancia de

utilizar técnicas que incluyan el refuerzo visual y Szumski et al., (2019) recomiendan que las técnicas sean naturalistas, cercanas al contexto de los niños y que impliquen la interacción con pares con el fin de mejorar las habilidades sociales.

Tomando esto en consideración, se incluyen dos encuentros grupales donde por medio de un juego de roles se pondrán en práctica las habilidades adquiridas, además los ejercicios a realizar en cada una de las sesiones están pensados en los contextos sociales cotidianos de los niños y se incluye para cada sesión actividades de generalización en casa y escuela. Existe un componente de psicoeducación por medio de una cartilla para el paciente, otra para familia y una más para la escuela, que se encuentran digitalizadas y en video, con la finalidad de involucrar todos los ambientes dentro del proceso. Durante todo el programa se utilizan pictogramas y anticipaciones como herramientas de apoyo visuales que faciliten el trabajo con el paciente durante las sesiones.

Se contemplan dos momentos de evaluación de ToM y de las habilidades sociales del paciente, uno al inicio del programa en las sesiones 1 y 2 y otro, luego de la intervención, en las sesiones 26, 28 y 29, con el fin de evaluar el impacto de la misma. En el caso de ToM la valoración se realiza utilizando cuatro ejercicios: la reconocida tarea de Sally y Anne adaptada por Baron-Cohen, la tarea de la “historia del heladero” y de “historias extrañas” de Happé y la tarea de meteduras de pata o “faux pas” de Baron-Cohen. Las dos primeras permiten evaluar falsas creencias de primer y segundo orden, mientras que las dos últimas basadas en el lenguaje pragmático, valoran la comprensión del sentido implícito de un enunciado, aunque la información explícita sea diferente. Cada una de las tareas anteriores tiene múltiples versiones que pueden ser usadas en distintos momentos y que evitan que las respuestas sean sesgadas por previo aprendizaje (Pineda-Alhucema, 2017). Se sugiere utilizar la tarea de Sally y Anne, junto con

“historias extrañas” en el primer momento evaluativo, luego usar las dos tareas restantes al finalizar el programa, con el fin de comparar desempeños.

Las habilidades sociales se definen como un conjunto de conductas interpersonales que permiten expresar sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de un modo adecuado a una situación social específica, respetando a los otros y que permite la resolución de una necesidad inmediata, incluyen aspectos verbales, no verbales y paralingüísticos (Caballo, 2007). Se propone evaluar este componente del paciente mediante el reporte de padres y maestros utilizando la batería de socialización (BAS 1 y 2) de Fernando Silva Moreno y María del Carmen Martorell Pallás, acompañada de la aplicación del test de conocimiento de estrategias de interacción con los compañeros (CEIC) de Diaz-Aguado y otros, este último se aplica al paciente y contiene cuatro historias, presentadas de manera gráfica y verbal que mide la capacidad iniciar relaciones, recuperar objetos, convencer para un juego y convencer para conseguir una propiedad tomando en cuenta cuatro dimensiones: elaboración, eficacia, consecuencias positivas de la relación y asertividad (Diaz Aguado & Royo García, 1995). Sin embargo, se debe señalar que, en el caso de poder acceder a estas baterías, estas habilidades pueden ser evaluadas por medio de otros instrumentos, de cuestionarios creados por el terapeuta o con ejercicios clínicos, estos últimos siempre que no sea posible acceder a una herramienta objetiva de medición.

La primera sesión del programa inicia con un encuentro con la familia del paciente donde se firma el consentimiento informado, se realiza un encuadre inicial donde se abordan las expectativas y objetivos del proceso y se brinda información general a la familia sobre la dinámica de la intervención, además se indaga por el desempeño del paciente en ToM y en habilidades sociales mientras se aborda, por medio de psicoeducación, algunos de los síntomas

más relevantes del trastorno. Se entrega a estos el cuestionario de habilidades sociales para la casa y la escuela.

En la segunda sesión, se realiza el encuadre con el paciente y se busca generar un vínculo con este, allí se efectúa la evaluación de ToM y de habilidades sociales durante la sesión.

Durante las sesiones 3, 4 y 5 se inicia el módulo de reciprocidad social, la primera sesión de este tema se centra en el contacto visual, la utilización del señalamiento y de protodeclarativos y protoimperativos durante la interacción con el terapeuta, durante la segunda, se plantea intervenir sobre el intercambio de gestos y palabras que demuestran interés en un evento externo con el terapeuta, el objetivo es que el paciente pueda iniciar y/o responder ante la invitación por parte del terapeuta a una interacción. En la tercera sesión, se profundiza en la permanencia de la atención durante una experiencia compartida, para esto se utilizan inicialmente un objeto o tema de interés del paciente y se continúa hasta incluir experiencias de menor interés para el mismo. Dentro de este módulo se espera estimular los procesos neuropsicológicos de coordinación visomotora, atención sostenida y alternante, lenguaje expresivo y pragmático, además de flexibilidad cognitiva.

Para las sesiones 6, 7 y 8 el tema a estimular es el reconocimiento de emociones propias, en la primera sesión de este módulo se entrena al paciente en las seis emociones básicas con ayuda de reforzadores visuales, la segunda sesión se centra especialmente en el reconocimiento de emociones negativas y en asociarlas a posibles elementos contextuales, durante la tercera sesión se aborda el procesamiento de la información emociones en contexto. Es de utilidad durante este módulo la información que la familia pueda reforzar sobre el tema. En estas sesiones, se espera estimular los procesos neuropsicológicos de gnosias visuales, especialmente

lo relacionado al reconocimiento de rostros y expresiones faciales, también la atención sostenida, el lenguaje pragmático, la memoria visual y el procesamiento emocional propio de la función ejecutiva.

El reconocimiento de las emociones en los otros se desarrolla durante las sesiones 9, 10 y 14. La sesión 11 corresponde al primer encuentro grupal donde por medio de juego de roles con pares se busca reforzar lo intervenido hasta el momento, se realiza una observación cualitativa del avance del paciente. La sesión 12, es un espacio de seguimiento con la familia, donde se evalúa parcialmente el proceso, se retroalimenta sobre los ejercicios de generalización aplicados en casa y se continúa realizando psicoeducación alrededor de la condición. Durante la sesión 13, se aborda con el paciente la cartilla de psicoeducación sobre TEA, en este espacio se busca intervenir sobre el cuadro clínico haciendo hincapié en el funcionamiento social, se debe tomar en cuenta la edad del paciente y el lenguaje con el que se aborda el tema, con el fin de que esta intervención no genere ansiedad o angustia en el paciente.

En la primera sesión de reconocimiento emocional en los otros, se trata el reconocimiento facial de las seis emociones básicas, por medio de refuerzos visuales y juegos de roles con el terapeuta, en el segundo encuentro se profundiza sobre las emociones negativas poniendo especial cuidado a las claves gestuales que acompañan la expresión de la emoción y en el tercero, se profundiza sobre estas claves cuando la intensidad de la emoción expresada es menor. Las actividades de generalización y algunos insumos de las sesiones pueden incluir fotografías del paciente, de familias y compañeros de escuela, siempre que sea posible, con el fin de contextualizar lo mejor posible los estímulos presentados. Los procesos neuropsicológicos que se esperan estimular son las gnosias visuales, especialmente en el reconocimiento de rostros y expresiones faciales, también el lenguaje pragmático, la memoria visual, la atención sostenida,

selectiva y alternante, además del procesamiento emocional y la cognición social que forman parte de FE. Las actividades de juego de roles permiten la generalización del proceso con pares dentro de un contexto de interacción cotidiano.

Para la estimulación de falsas creencias de 1° orden durante las sesiones 15, 16 y 17 y de 2° orden, de la sesión 18 a las 21, se usan una serie de historias que aumentan en nivel de complejidad y de abstracción, estas se presentan con refuerzos visuales, además incluyen personajes y contextos sociales típicos del ambiente familiar y escolar. Por medio de preguntas guía se busca orientar la inferencia hacia las representaciones mentales de los personajes, durante las sesiones 20 y 21 el personaje principal de la historia es el paciente con el fin de replicar este razonamiento en situaciones sociales cotidianas. Dentro de este módulo se espera estimular los procesos neuropsicológicos de atención sostenida, razonamiento inferencial, memoria de trabajo, lenguaje pragmático y flexibilidad cognitiva.

En el reforzamiento de la toma de perspectiva entre la sesión 22 a la 26, siguiendo las recomendaciones de Meléndez et al. (2010) se presentan al paciente situaciones dentro de un contexto real que van desde un menor nivel de abstracción, con refuerzo visual y a modo de historia. Durante la sesión 22 y 23 se profundiza en la relación deíctica YO-TÚ y su inversa, en la sesión 23 la relación AQUÍ-ALLÍ y su inversa y en la sesión 24 y 25, la relación YO AHORA-ENTONCES y su inversa, y TÚ AHORA- ENTONCES y su inversa. En las sesiones 25 y 26 se realizan ejercicios integradores de todos los aspectos trabajados utilizando la misma metodología, pero aplicada a una historia real del paciente, se aplica la prueba de medición de ToM final. Se espera estimular los procesos neuropsicológicos de razonamiento lógico e inferencial, atención sostenida y alternante, memoria de trabajo, lenguaje pragmático, cognición social y flexibilidad cognitiva.

La sesión 27 corresponde al segundo encuentro grupal, se interviene con el grupo con el fin de reforzar los aspectos tratados durante la intervención, se realiza una observación cualitativa del avance del paciente. El encuentro 28 consiste en una sesión con la escuela, en esta se retroalimenta al entorno sobre el proceso, sobre ToM y las características del paciente, se entregan estrategias para facilitar el funcionamiento social del mismo y se socializa la cartilla de psicoeducación para este contexto. Además, se entrega al docente el cuestionario de habilidades sociales para la escuela.

El encuentro final con la familia y el paciente se da en la sesión 29, donde se cierra el proceso, se evalúa el cumplimiento de objetivos y se brindan estrategias a la familia para estimular ToM en casa y facilitar el desarrollo de habilidades sociales en el paciente, además se socializa la cartilla de psicoeducación para casa. Se entrega un informe final del programa y se establece una red de apoyo tanto familiar como social para padres y paciente.

### **Introducción al programa**

El trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo de origen neurobiológico caracterizado por alteraciones en la comunicación e interacción social y por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (American Psychiatric Association, 2013). Existe fuerte evidencia que relaciona al TEA con dificultades en la capacidad para realizar inferencias sobre las intenciones, pensamientos y estados emocionales de los otros, es decir en la Teoría de la Mente (Tine y Lucariello, 2012), esta última necesaria para un funcionamiento social apropiado. “Mi Amigo ToM” es un programa que, desde una

mirada neuropsicológica y humana, busca impactar en el desempeño social de los pacientes facilitando la participación de los niños y niñas con TEA en sus entornos sociales cotidianos, lo que a largo plazo esperamos, mejore en la calidad de vida de estos y de sus familias.

### **¿A Quién Va Dirigido?**

Este programa fue diseñado para niños y niñas diagnosticados con trastorno del espectro autista nivel 1 o también llamados “de alto funcionamiento”, de acuerdo a la clasificación de necesidades de apoyo del DSMV (2013), las personas que se encuentran en este nivel cuentan con un grado de desarrollo del lenguaje y de funcionamiento cognitivo que permite la aplicación de este programa, sin embargo y tomando en consideración la relación existente entre ToM y algunas características como el CI, el lenguaje y la función ejecutiva (Gernsbacher y Yergeau, 2019; Hamilton et al., 2016; Schaafsm et al., 2015) se recomienda evaluar la pertinencia de este programa en pacientes que tengan estas funciones altamente comprometidas. Si bien no se descarta el uso de este programa en otras poblaciones diferentes al TEA, se recomienda utilizar el criterio clínico para evaluar la pertinencia y realizar las modificaciones de algunos de los ejercicios propuestos de acuerdo a las características poblacionales, entre ellas aquellas que no cumplen con los criterios de edad propuestos. Se sugiere, además, que los niños que participen del programa estén escolarizados o en entornos de interacción social con pares. Por último, es aconsejable que él o la terapeuta que implemente este programa, tenga conocimientos y experiencia previa en la intervención con la población con TEA y sus familias.



## **Generalidades**

“Mi amigo ToM” es un programa de restitución en teoría de la mente con enfoque neuropsicológico, creado para niños entre los 6 y 10 años con trastorno del espectro autista nivel 1. El programa contiene 29 sesiones de 1 hora, una vez a la semana. 23 sesiones son de manera individual y 2 de forma grupal; se incluyen 3 encuentros con la familia y 1 capacitación o intervención en el entorno escolar, además de 2 sesiones grupales, con un máximo 5 pacientes con diagnóstico de TEA del mismo nivel de funcionamiento. Cabe aclarar que, aunque se sugiere una intensidad y duración de las sesiones, el terapeuta puede modificar las mismas de acuerdo a las posibilidades de intervención, siempre que estos cambios no afecten la integridad del desarrollo de las tareas presentadas en cada sesión. En el caso de no contar con otros pacientes, el terapeuta puede reemplazar las sesiones grupales por juegos de roles solo paciente-profesional.

El programa se divide en 4 módulos de rehabilitación, iniciando por 1. Reciprocidad social con 3 sesiones, siguiendo con 2. Reconocimiento emocional de los estados propios y de los otros, cada uno con 3 sesiones, continuando con entrenamiento en 3. Falsas creencias de primer y de segundo orden y, por último, 4. Toma de perspectivas con 5 sesiones. Para mayor claridad en el orden y número de sesiones por módulo, se recomienda ir al anexo 1 de este documento, donde se detalla el cronograma de las mismas.

Por otra parte, se incluye para cada sesión tareas para casa con el fin de facilitar la generalización de los aprendizajes. Existe un componente de psicoeducación, se anexa una cartilla guía para el paciente, otra para la familia y una más para la escuela, además de un video. Durante todo el programa, se recomienda el uso de pictogramas y otras herramientas de apoyo

visuales que faciliten el trabajo con el paciente durante las sesiones, al finalizar este documento podrá encontrar, en el anexo 4, algunas referencias.

### ***Evaluación de la Eficacia***

Se contemplan dos momentos de evaluación de ToM y de las habilidades sociales del paciente, uno al inicio del programa en las sesiones 1 y 2 y otro, luego de la intervención, en las sesiones 26, 28 y 29, con el fin de evaluar el impacto de la misma. En el caso de ToM, la valoración se realiza utilizando cuatro ejercicios: la reconocida tarea de Sally y Anne adaptada por Baron-Cohen, la tarea de la “historia del heladero” y de “historias extrañas” de Happé y la tarea de meteduras de pata o “faux pax” de Baron-Cohen. Las dos primeras permiten evaluar falsas creencias de primer y segundo orden, mientras que las dos últimas se basan en el lenguaje pragmático, valoran la comprensión del sentido implícito de un enunciado, aunque la información explícita sea diferente. Cada una de las tareas anteriores tiene múltiples versiones que pueden ser usadas en distintos momentos y que evitan que las respuestas sean sesgadas por previo aprendizaje (Pineda-Alhucema, 2017). Se sugiere utilizar la tarea de Sally y Anne, junto con “historias extrañas” en el primer momento evaluativo, luego usar las dos tareas restantes al finalizar del programa, con el fin de comparar desempeños. En el anexo 3, encontrará en mayor detalle la descripción de cada una de estas tareas para su aplicación.

Las habilidades sociales se definen como un conjunto de conductas interpersonales que permiten expresar sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de un modo adecuado a una situación social específica, respetando a los otros y que permite la resolución de una necesidad inmediata, incluyen aspectos verbales, no verbales y paralingüísticos (Caballo, 2007). Se propone

evaluar este componente en el paciente mediante el reporte de padres y maestros utilizando la batería de socialización (BAS 1 y 2) de Fernando Silva Moreno y María del Carmen Martorell Pallás, acompañada de la aplicación del test de conocimiento de estrategias de interacción con los compañeros (CEIC) de Diaz-Aguado y otros, este último se aplica al paciente y contiene cuatro historias, presentadas de manera gráfica y verbal que mide la capacidad iniciar relaciones, recuperar objetos, convencer para un juego y convencer para conseguir una propiedad tomando en cuenta cuatro dimensiones: elaboración, eficacia, consecuencias positivas de la relación y asertividad (Diaz Aguado & Royo García, 1995). Sin embargo, se debe señalar que, en el caso de poder acceder a estas baterías, estas habilidades pueden ser evaluadas por medio de otros instrumentos, de cuestionarios creados por el terapeuta o con ejercicios clínicos, estos últimos siempre que no sea posible acceder a una herramienta objetiva de medición.

### **Recomendaciones Generales de Aplicación**

A continuación, algunas consideraciones a tomar en cuenta:

- Siempre que sea posible, parta de la historia clínica y una evaluación neuropsicológica previa, lo anterior le permitirá conocer el perfil cognitivo y las características del paciente.
- Este programa está diseñado para ser ejecutado en modalidad individual y presencial, por lo que se sugiere evaluar la pertinencia de aplicarlo en condiciones grupales y/o de forma remota.
- Recuerde la importancia de un espacio adecuado y cómodo para la ejecución de las sesiones, en el caso del TEA es importante tomar en consideración el uso de refuerzos visuales y modificaciones ambientales.
- Procure seguir el orden de ejecución de este programa, respetando el cronograma adjunto (anexo 1), los módulos y sesiones están organizados de forma jerárquica y por niveles de complejidad.

- Algunas de las sesiones requieren de preparación previa por parte del paciente y/o del terapeuta, por eso se sugiere revisar el contenido de las sesiones con anterioridad.
- Siga las recomendaciones respecto a la intensidad y duración de las sesiones, siempre que sea posible.
- Para las sesiones grupales, recuerde crear un ambiente empático y de confianza entre los participantes, facilite la interacción.
- Aunque existen unos momentos establecidos en el cronograma para la evaluación cuantitativa, la observación clínica permanente de los desempeños en las tareas puede orientar y brindar información valiosa sobre la estimulación.
- Los padres de familia y/o cuidadores son parte importante de la intervención, procure establecer un diálogo cordial y abierto con ellos, que favorezca la implementación de estrategias y recomendaciones en los otros ambientes.
- Por último, modifique o flexibilice los ejercicios y actividades que considere pertinentes tomando en cuenta las características e intereses del paciente, siempre estando atento a que estos cambios no alteren la lógica de las tareas propuestas.

## **Psicoeducación**

Anexo a este programa encontrará 3 cartillas de psicoeducación y este link a un video de apoyo [https://www.youtube.com/watch?v=Fx\\_Fe9W5dxM&ab\\_channel=DanielaFeged](https://www.youtube.com/watch?v=Fx_Fe9W5dxM&ab_channel=DanielaFeged), se adjuntan una cartilla para el paciente, otra para padres y otra para maestros, este material, de forma amigable y precisa, sirve como soporte al terapeuta. La psicoeducación es un componente que resulta de vital importancia para este programa, por lo que se sugiere que se realice siempre que se utilice, procurando informar y explicar de forma veraz y pertinente a las familias y pacientes sobre su condición.

## **Módulos y Sesiones**

### ***Sesión 1***

**Descripción.** Entrevista inicial con los padres de familia y/o cuidadores, se sugiere recolectar información faltante o relevante respecto a la historia clínica y a los desempeños cotidianos de ToM y habilidades sociales del paciente. Se explica y diligencia el consentimiento informado para la rehabilitación, en el anexo 2 de este documento podrá encontrar un modelo que puede adaptarse de acuerdo a las necesidades de cada terapeuta o institución. Se recomienda realizar un encuadre inicial clarificando las expectativas y objetivos del proceso. Se inicia el proceso de psicoeducación con la familia sobre el cuadro clínico, se aconseja al terapeuta usar como apoyo la cartilla para padres y el video educativo que se adjunta en el programa. Al finalizar la sesión se hace entrega del cuestionario de habilidades sociales para padres y maestros, se solicita a los padres diligenciarlo y ponerse en contacto con la institución educativa para que los docentes puedan hacer lo propio.

**Materiales.** Cuestionario de habilidades sociales para casa y escuela. Cartilla de psicoeducación para padres y video educativo. Consentimiento informado.

### ***Sesión 2***

**Descripción.** Encuentro inicial con el paciente. El objetivo de esta sesión es generar una relación terapéutica vinculando al niño al proceso, realizando un encuadre que permita la adherencia a la intervención y una comprensión adecuada de la misma. Se sugiere utilizar juegos o material didáctico que faciliten la interacción entre terapeuta-paciente. Se aplican al paciente

las tareas de medición inicial de ToM y se recolecta información relevante por medio de la entrevista y observación clínica.

**Materiales.** Tareas de medición de ToM.

### ***Módulo 1: Reciprocidad Social***

Este módulo se relaciona íntimamente con el concepto de atención conjunta, esta última entendida como la habilidad para seguir y establecer la dirección de la mirada, el gesto o la acción verbal desde un otro hacia un objeto o evento de interés con el fin de compartir una experiencia, se encuentra relacionada con el funcionamiento social y el lenguaje. Se considera un precursor de ToM y la evidencia sustenta alteraciones en niños con TEA (Bottema-Beutel et al., 2018).

**Dominios y procesos neuropsicológicos involucrados.** Coordinación visomotora, atención sostenida, selectiva y alternante, praxias, lenguaje expresivo y denominación, lenguaje comprensivo y pragmático, flexibilidad cognitiva.

### ***Sesión 3***

**Descripción.** El objetivo de esta tarea, es estimular la interacción recíproca entre el paciente y el terapeuta propiciando el contacto visual y la utilización del señalamiento, compartiendo el interés por un objeto externo. Al inicio de la sesión, el terapeuta muestra al paciente las tarjetas de señalamiento y le pregunta al paciente: “¿qué está ocurriendo en la

imagen?”, la respuesta esperada incluye que el paciente reconozca que hay una mano señalando un objeto entre varios, si éste no brinda la respuesta correcta, el terapeuta debe indicarla. A continuación, se indaga al paciente por: “¿Cuál de estos objetos señala la mano?”, si este no brinda la respuesta correcta, el terapeuta debe dársela. Se muestran todas las tarjetas. Luego se propone al paciente el siguiente ejercicio: “Aquí tengo unas tarjetas que tienen la imagen de uno de los objetos que está en este consultorio, me gustaría que lo buscarás, me miraras, lo señalaras y me dijeras su nombre”, el terapeuta muestra al paciente las tarjetas con las imágenes del consultorio, para esta actividad se sugiere que algunos estímulos estén a la vista, pero no frente al paciente, se sugiere llevar estímulos al espacio si este no cuenta con la cantidad necesaria. Luego de mostrar todas las tarjetas el terapeuta deberá continuar con la tarea, pero solo diciendo el nombre del objeto sin mostrar una imagen, se brinda al paciente la siguiente indicación: “Muy bien, ahora quiero que hagamos lo mismo, esta vez vas a buscar el objeto que te diga, yo solo te diré su nombre, vas a señalarlo y traérmelo”, se sugiere realizar esta tarea con 10 objetos.

Durante toda la sesión se debe reforzar verbalmente cuando se realice correctamente el contacto visual y el señalamiento, se sugiere que los objetos utilizados sean conocidos por el paciente.

**Materiales.** Tarjetas de señalamiento, tarjetas con imágenes del consultorio. Objetos dentro del consultorio.

**Tarea para casa.** En casa, realizar actividades de búsqueda objetos como los realizados en la sesión, se sugiere utilizar cuentos con imágenes y solicitar señalar a la vez que se nombran los estímulos relevantes. Además, pueden poner objetos de interés fuera del alcance del paciente para que este deba solicitar ayuda para alcanzarlos.

**Tarjetas de señalamiento.**

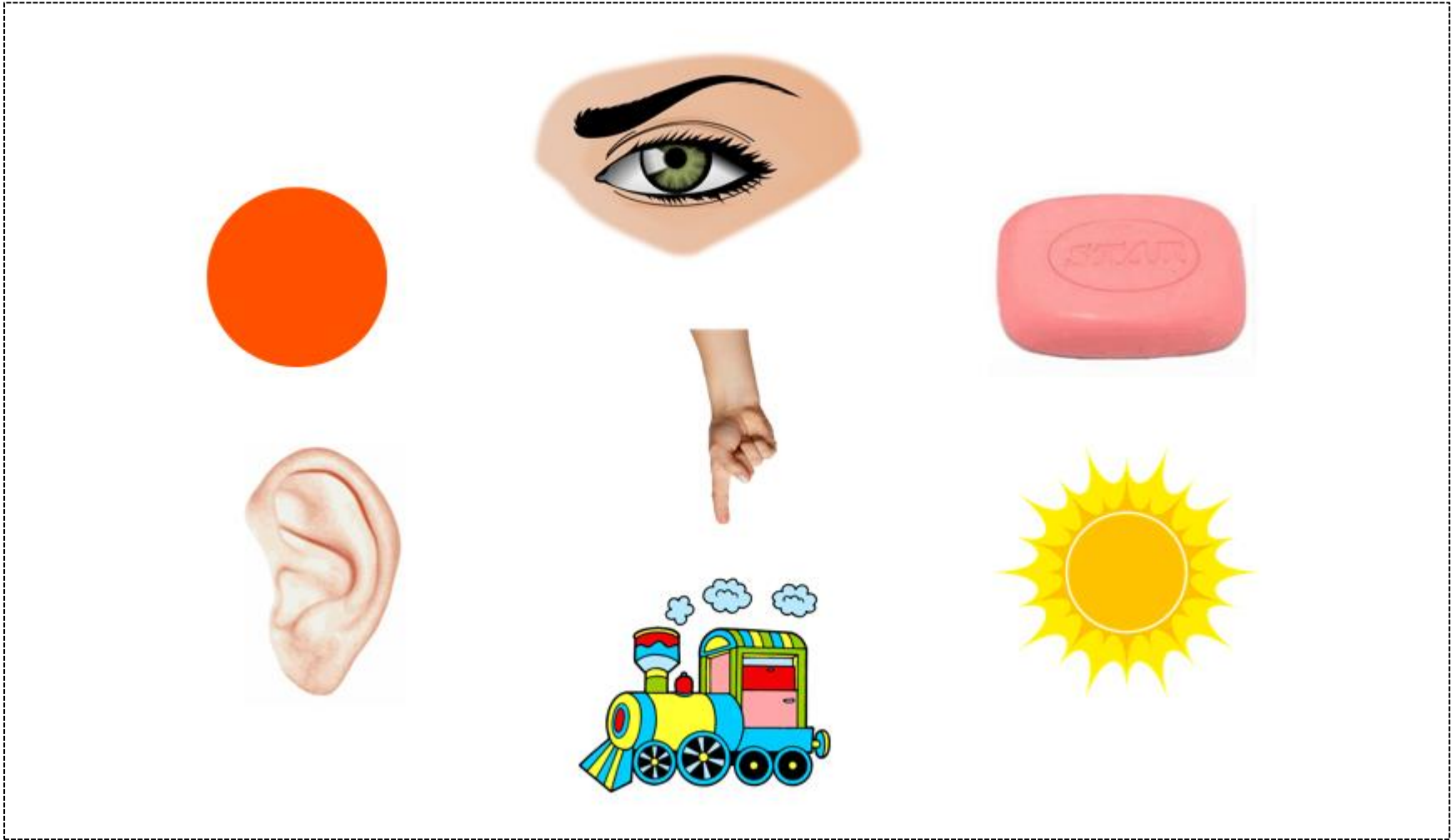




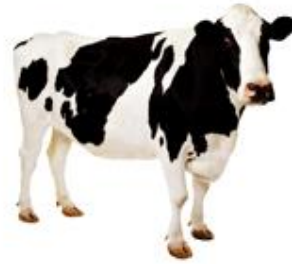




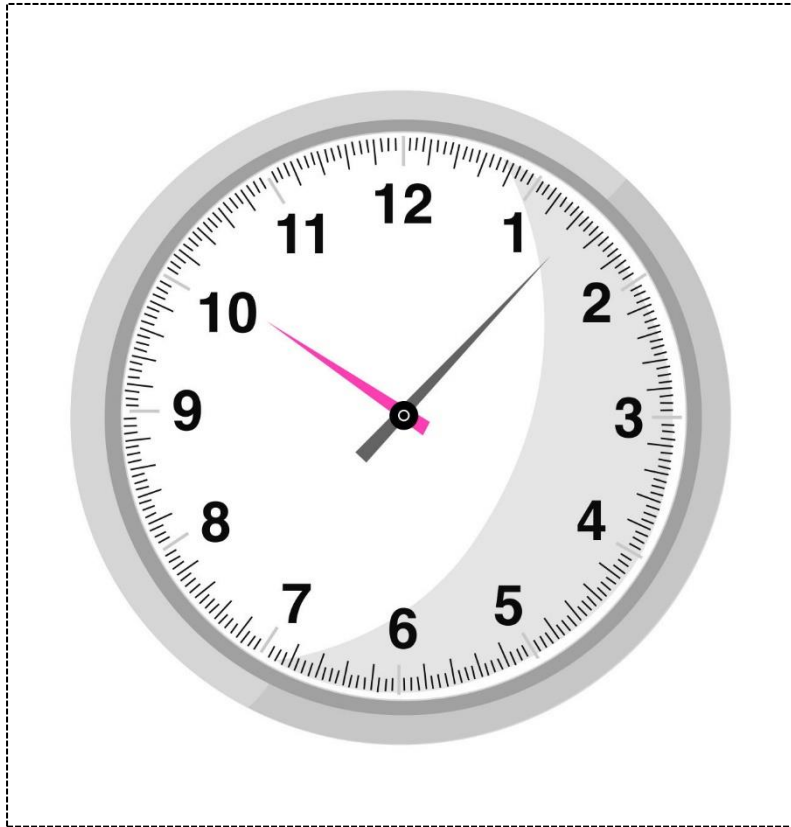


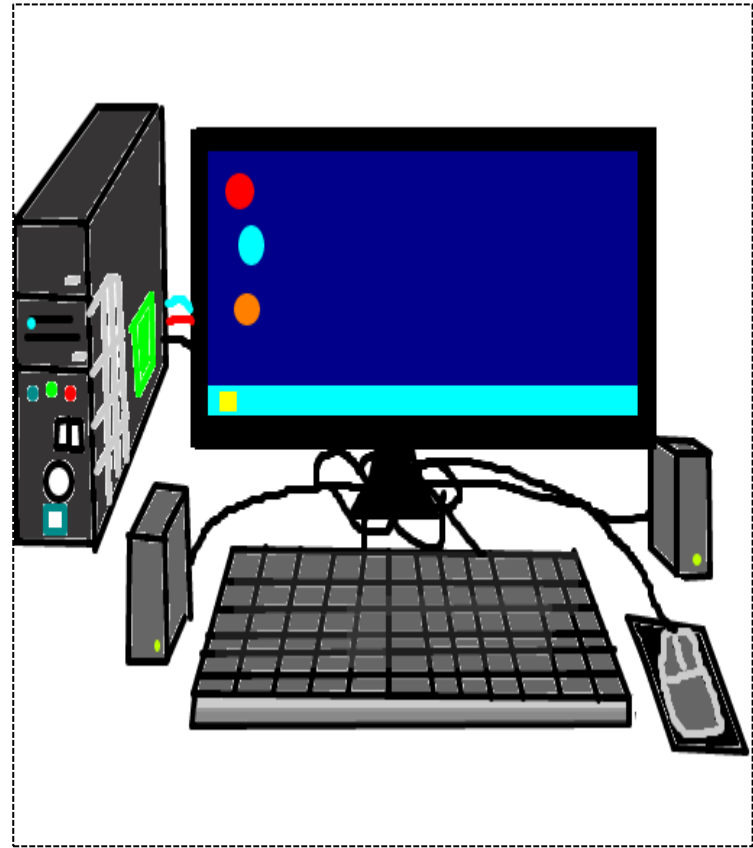




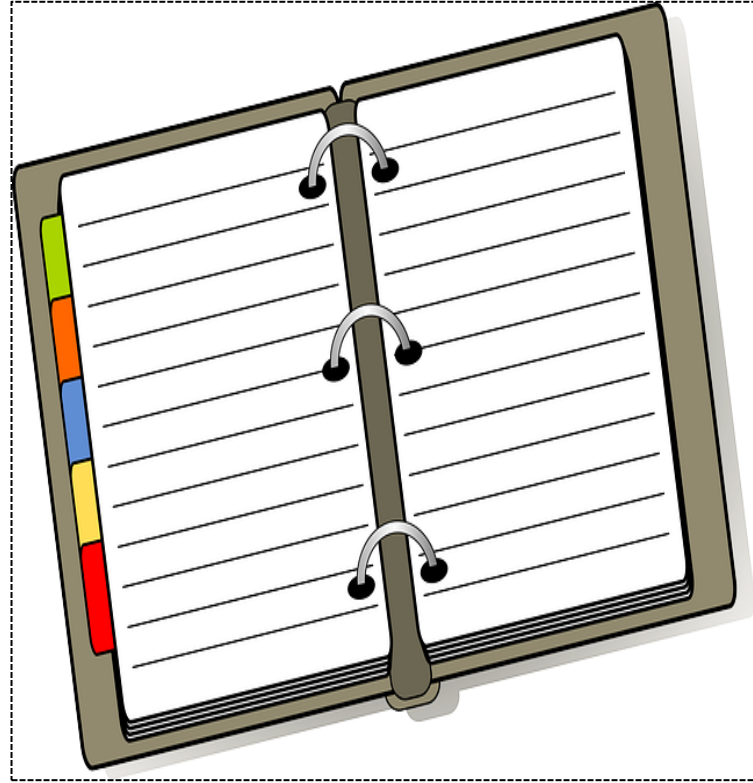


**Tarjetas imágenes del consultorio.**









## *Sesión 4*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es facilitar la interacción recíproca del paciente, fortaleciendo el uso y la comprensión de gestos sociales y la imitación de respuestas no verbales asociadas a las emociones. Inicialmente se indica al paciente la siguiente instrucción: “Hoy vamos a jugar a los mimos ¿sabes que son los mimos? Son personas que imitan o remedan a otras, lo que quiero que hagas, es que observes mi rostro y mis manos e intentes copiar lo que yo haga”. Se recomienda que ambos estén de pie y frente al frente. Inicialmente el terapeuta realizará acciones aleatorias para corroborar la imitación, puede hacer gestos graciosos, mover los brazos hacia arriba o hacia abajo, lo importante es que el paciente imite las acciones. A continuación, el terapeuta realizará una serie de gestos y de respuestas no verbales asociadas a emociones, mientras las hace, debe explicar al paciente cual es el significado del gesto y en qué momentos se utiliza, luego el paciente debe imitarlas. Durante toda la sesión se debe reforzar verbalmente cuando se realice correctamente el contacto visual.

Algunos gestos y respuestas no verbales sugeridos son los siguientes, el terapeuta puede incluir o retirar algunos de estos ítems de acuerdo a la edad y contexto del paciente:

Gestos: SI, NO, pare, silencio, taparse los oídos, tener un arma y/o disparar, saludo militar, saludar o despedirse, estar loco, llamar a alguien o pedir que venga con la mano, no escuchar, cruzar los dedos, rezar, lanzar un beso, tener que ir al baño, tomar distancia en una fila, cruzar los brazos, llamar por teléfono, llorar, sonreír, gritar, dudar, sorpresa, asco o mal olor.

Posteriormente, se solicita al paciente que realice estos mismos gestos frente al espejo observándose, nuevamente se enseña cada uno de estos y se explica en el contexto social en el que se producen.

**Materiales.** Espejo.

**Tarea para casa.** Con el apoyo de la familia se solicita durante la semana poner en práctica el uso social de los gestos aprendidos pidiéndole al paciente que los enseñe de acuerdo al criterio de uso o utilizándolos los padres y demás miembros, además durante la semana pueden jugar a imitar a los animales, a los miembros de la familia y a diferentes personajes y profesiones como cantantes, cocineros o peluqueros.

### *Sesión 5*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es que el paciente pueda compartir, de forma recíproca, temas de interés con otros, para esto se utiliza una “caja de sorpresas” que tiene varios objetos, algunos de ellos son los favoritos o representan temas de interés para el paciente (juguetes, libros, etc.) estos deberán ser facilitados por la familia del niño, otros son objetos neutros traídos por el terapeuta. Se brinda la siguiente indicación al paciente: “Aquí tengo una caja que tiene varios objetos, lo que vamos a hacer, es que, por turnos, primero tu y luego yo, vamos a elegir de esta caja uno de los objetos, luego quiero que me cuentes que te gusta de ese objeto, para hacerlo tendremos 2 minutos (se señala el reloj), cuando termines será mi turno”. El terapeuta durante el turno del paciente, puede ayudar al mismo a compartir su interés por el objeto por medio de preguntas y debe animar al paciente a hacer lo mismo cuando sea el turno del terapeuta. Durante toda la sesión se debe reforzar verbalmente cuando se realice correctamente el contacto visual. El tiempo de interacción por turnos puede variar de acuerdo al número de objetos y características del paciente.

**Materiales.** Objetos del paciente, objetos neutros de interés. Reloj de arena o reloj que permita visualizar el paso del tiempo, como los relojes análogos.

**Tarea para casa.** Elegir todos los días un tema diferente, alternando entre temas de interés del paciente y temas neutros y generar una interacción de 5 minutos sobre este tema, puede ser una conversación, observar un video o realizar una actividad nueva, durante la interacción se sugiere orientarse con preguntas que faciliten la fluidez de la misma.

### ***Módulo 2: Reconocimiento Emocional***

La capacidad de reconocer las emociones por medio de la expresión facial, brinda información básica que permite inferir estados afectivos en los otros, lo que facilita la comunicación y la interacción social, este proceso se considera básico para el desarrollo de la teoría de mente (Golan et al., 2018) la empatía, la simpatía, el conocimiento de patrones sociales y un desempeño social normal (Izard, 2001).

El reconocimiento de las expresiones emocionales y el razonamiento de los estados emocionales propios y ajenos en situaciones sociales están a la base del componente afectivo de ToM. Este último implica, por una parte, presumir el estado mental de los otros por medio de información observable, como la expresión facial. Por otra, inferir los estados emocionales de los otros a partir de situaciones sociales que permitan predecir la respuesta emocional. La activación de las redes neuronales de estos procesos se asocia a las mismas regiones que se han identificado pertenecen al componente afectivo de ToM (Meinhardt-Injacet et al., 2018).

**Dominios y procesos neuropsicológicos involucrados.** Gnosias visuales, especialmente lo relacionado al reconocimiento de rostros y expresiones faciales, atención sostenida, memoria visual, lenguaje pragmático y el procesamiento emocional propio de la función ejecutiva.

### *Sesión 6*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es favorecer el reconocimiento de las 6 emociones básicas en el paciente (alegría, tristeza, miedo, sorpresa, ira y asco), con el apoyo de reforzadoras visuales. Se inicia con la siguiente instrucción: “Hoy quiero que hablemos de las emociones, cuéntame ¿cuáles emociones conoces?”, posterior a la respuesta, el terapeuta realiza una introducción al tema de las emociones, abordando cuales son las emociones básicas y otros aspectos relevantes, siempre con un lenguaje ameno y acorde a la edad del paciente. Luego, se explica la siguiente instrucción, “Ahora voy a mostrarte algunas imágenes, estas imágenes tiene caras de personas con distintas emociones, quiero que me ayudes a identificarlas”, se presentan al paciente una serie de imágenes de rostros de personas, se le pide que identifique cada una de ellas, si no sabe la respuesta el terapeuta debe proveerla, antes de pasar a la siguiente imagen, se le solicita al niño que muestre la expresión facial asociada a la emoción, si no lo hace de forma correcta, el terapeuta debe mostrar la imagen y mostrar con su propio rostro esta emoción y pedir al paciente que lo imite, luego se indaga por las situaciones cotidianas que generan la misma, con preguntas guía, por ejemplo: “¿Qué cosas te causan alegría?” “¿Te hace feliz que te compren un juguete?” “¿Te da miedo la oscuridad?” “¿Qué cosas te dan rabia?” “¿Te pones triste cuando te regañan?”

**Materiales.** Tarjetas con expresiones emocionales.

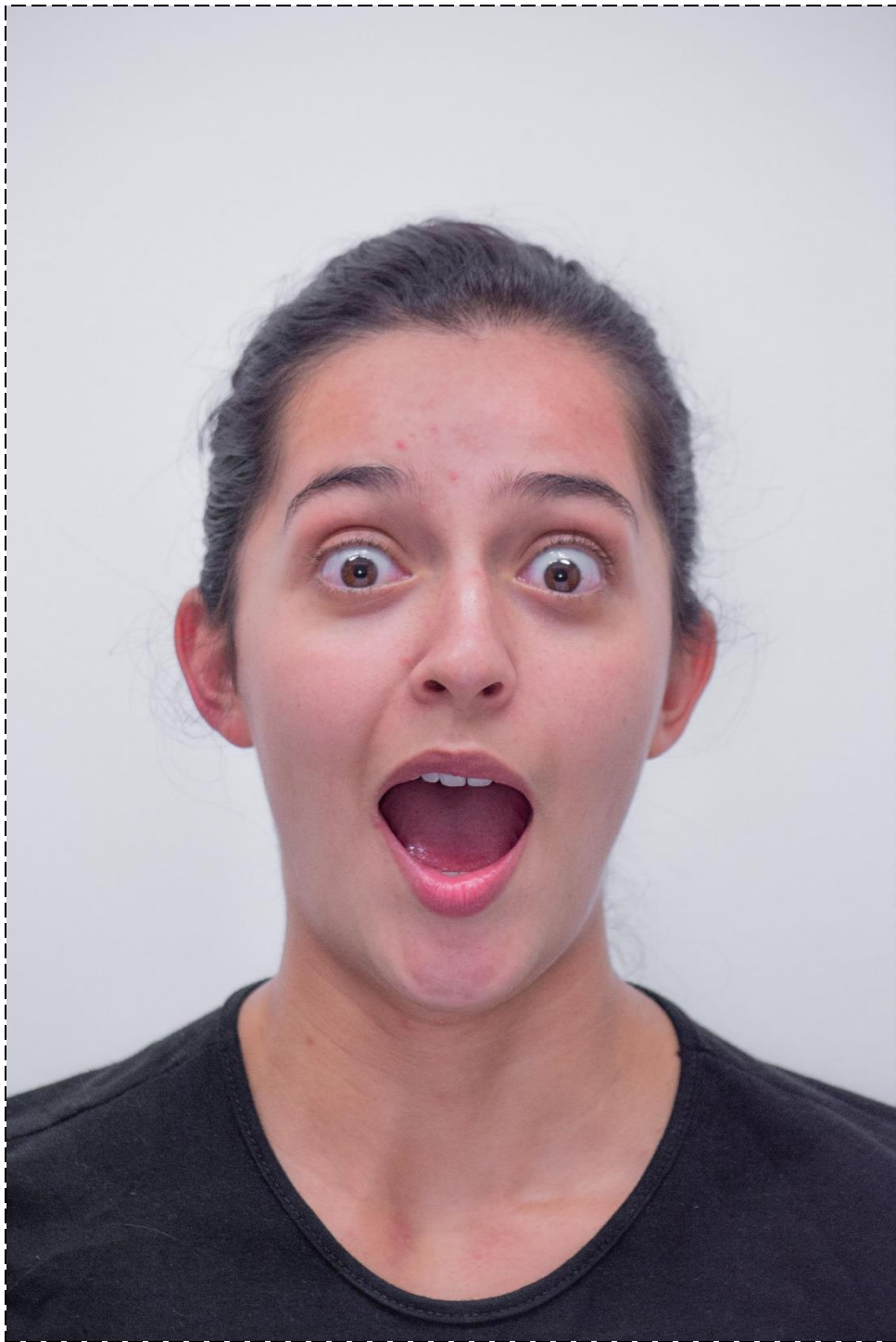
**Tarea para casa.** Con el apoyo de padres de familia y cuidadores se crea una cartelera de las emociones, se pide a los padres que tomen fotografías de su hijo con la expresión facial correspondiente a cada emoción básica, las peguen en una cartera y las nombren, esta cartera pueden pegarla en la habitación del menor, si los padres están de acuerdo pueden compartir estas imágenes para nutrir los próximos estímulos de las sesiones, estas serán tratadas bajo los principios de confidencialidad.

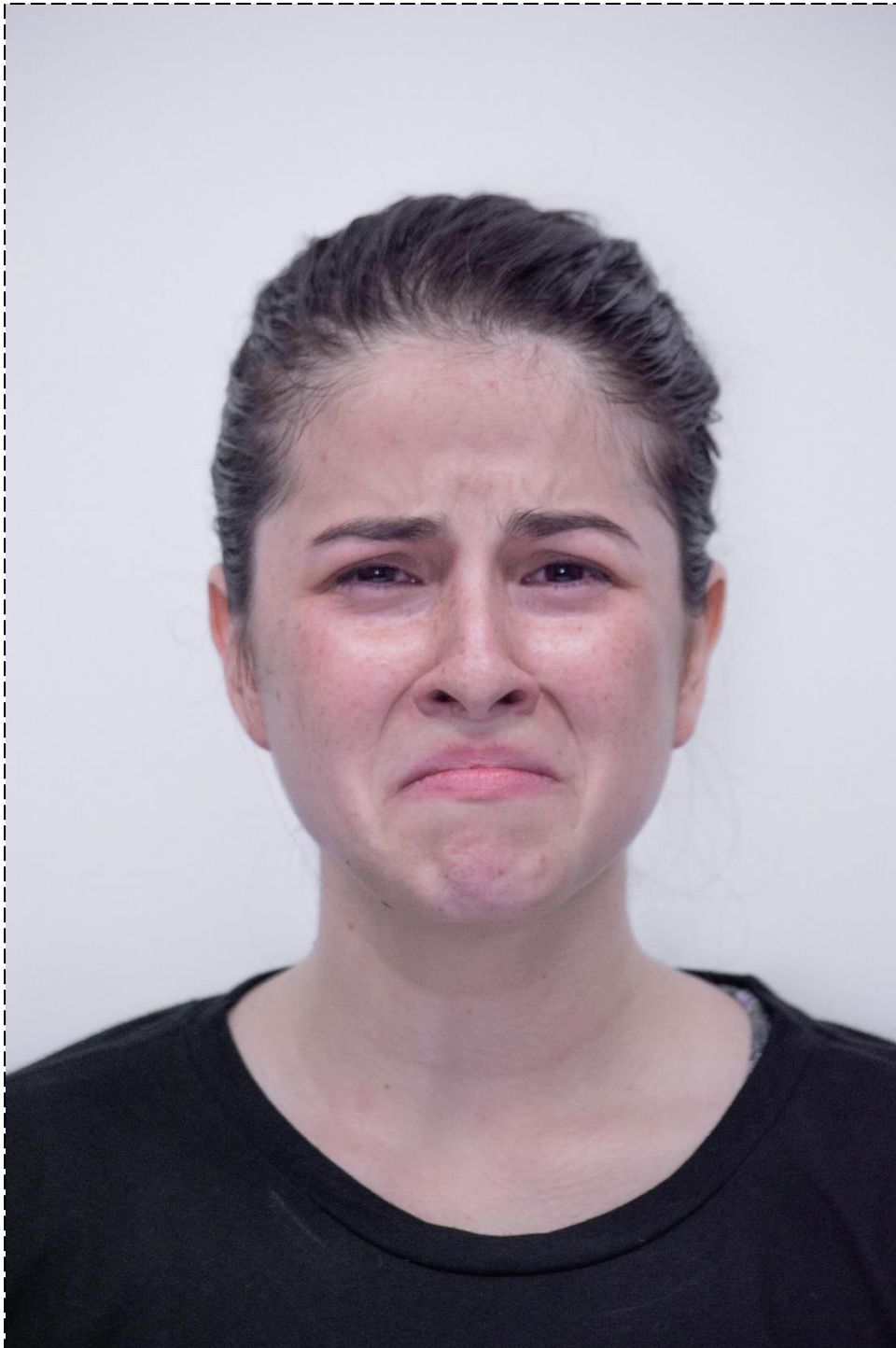
**Tarjetas expresión emocional.**

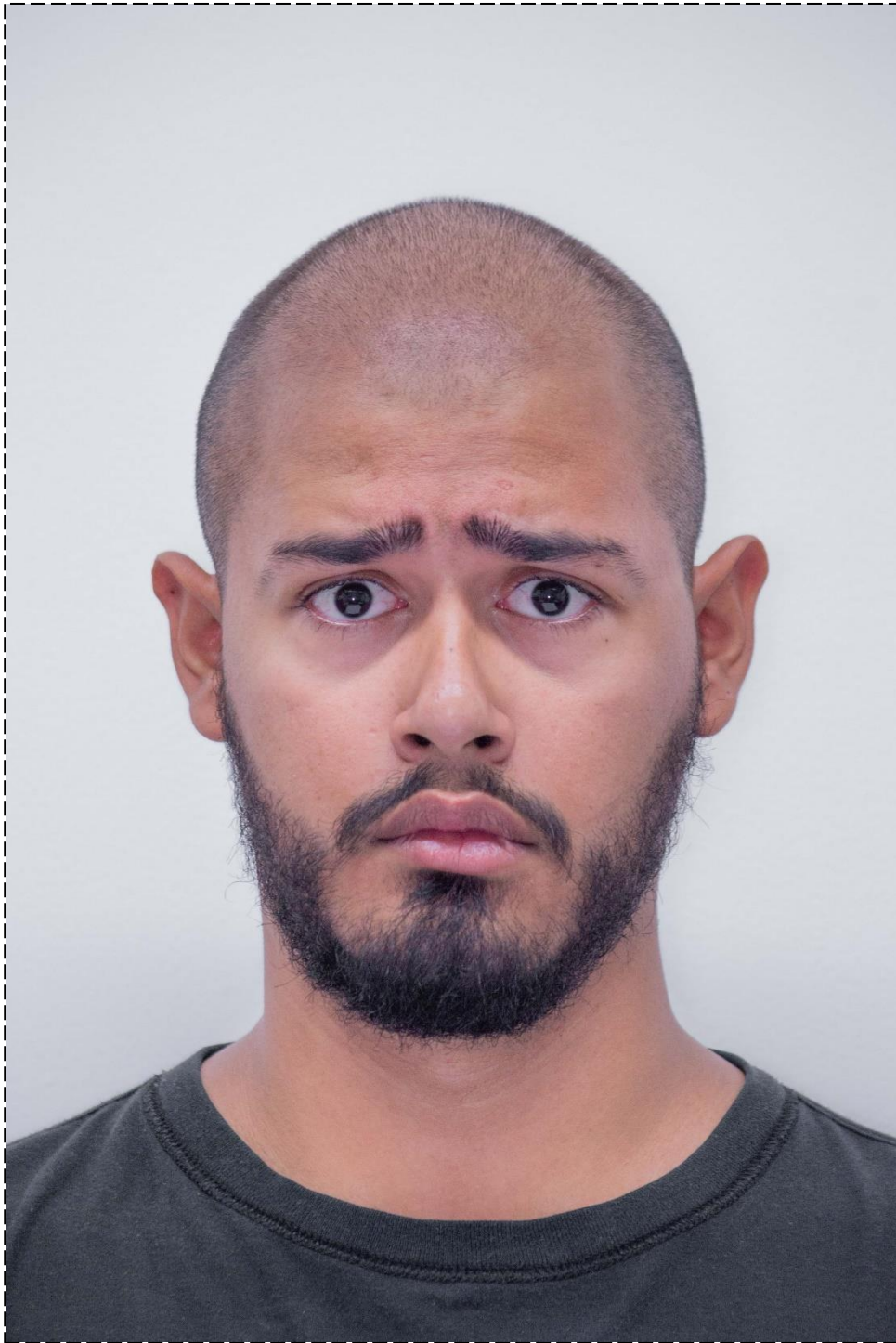


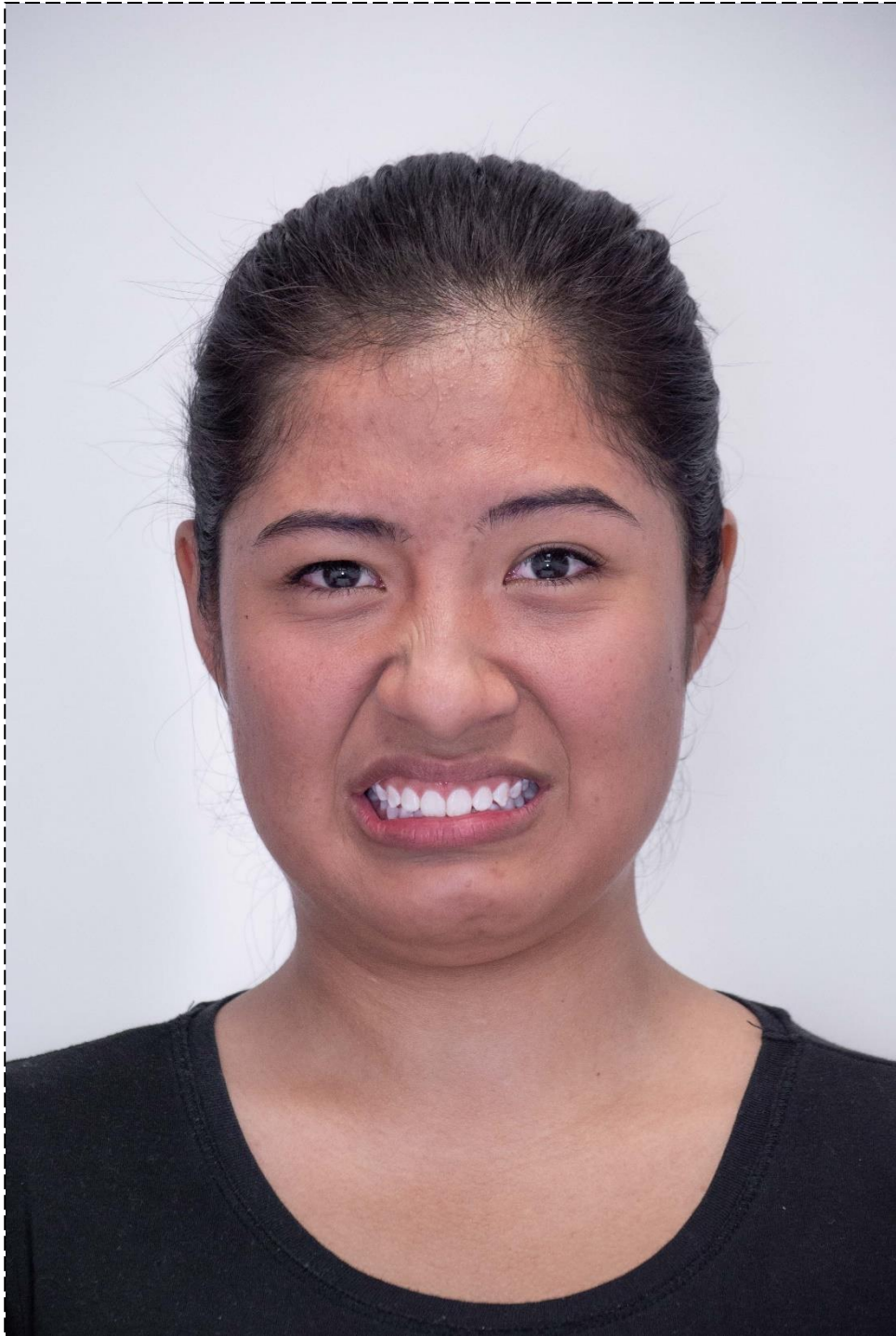












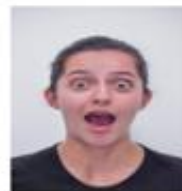
## *Sesión 7*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es fortalecer la asociación que existe entre ciertas situaciones sociales y las emociones que estas generan, al paciente se le provee la siguiente instrucción: “Ahora voy a mostrarte una serie de imágenes, quiero que me cuentes que crees que pasa en esta situación, luego voy a mostrarte un grupo de caras con las emociones que ya conoces y quiero que me digas como se sentiría una persona en ese momento”. Es importante que el terapeuta indague primero por lo que el niño cree que sucede de acuerdo a la imagen, si la respuesta del paciente es inadecuada puede orientar la respuesta ofreciendo pistas o facilitando la comprensión de lo que ocurre por medio de la explicación, luego debe indagar por la emoción que este cree sentiría alguien en ese momento, para esto, puede pedirle al niño que observe el set de expresiones faciales y señale o nombre cual de esas emociones es la correspondiente.

**Materiales.** Tarjetas con refuerzos visuales.

**Tarea para casa.** La familia puede utilizar cuentos, narraciones infantiles tradicionales o películas para indagar por las emociones que el paciente sentiría si estuviera en esa situación.

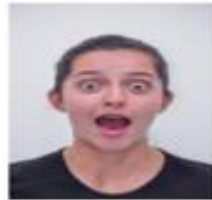
**Tarjetas con refuerzos visuales.**





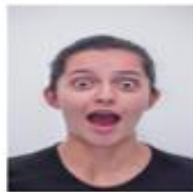






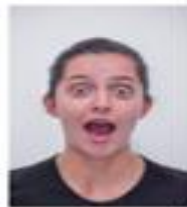












## *Sesión 8*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es favorecer el reconocimiento de las emociones básicas del paciente y asociar estas con situaciones sociales cotidianas. Esta tarea consiste en una lotería de las emociones, al paciente se le entrega una tabla que contiene las imágenes de las expresiones fáciles de cada emoción y unos círculos de color rojo que puede poner encima de cada imagen cuando identifique la emoción, concluye la tarea cuando logre completar la tabla. El terapeuta leerá 6 situaciones sociales cotidianas que evocan una emoción en el paciente, este debe identificarla y señalarla con el círculo en la tabla de la lotería. Al paciente se brinda la siguiente instrucción: “Hoy vamos a jugar a una lotería muy especial, es la lotería de las emociones, esta es tu tabla, en la tabla puedes ver varias fotos de rostros de personas con algunas emociones, yo voy a leerte unas situaciones, quiero que me digas como te sentirías en esos momentos e identifiques esa emoción en tu tabla, al hacerlo puedes poner un círculo rojo sobre la imagen, cuando completes la tabla, habrás ganado el juego”. Si los padres de familia facilitaron las fotos del paciente, pueden crearse tablas de la lotería con estas, para favorecer la identificación. Se sugiere al terapeuta adaptar el lenguaje y explicar las situaciones al paciente de acuerdo a la edad, si se tiene conocimiento previo sobre situaciones personales del paciente que evoquen las emociones, estas pueden utilizarse.

### Situaciones:

“En la escuela, uno de tus compañeros te quita tus cosas sin permiso”

“Tus padres te felicitan por tu buen comportamiento”

“La profesora te regaña sin razón”

“Uno de tus compañeros de clase vomita a tu lado”

“Estas en tu casa y de repente entra tu mamá con globos y un pastel”

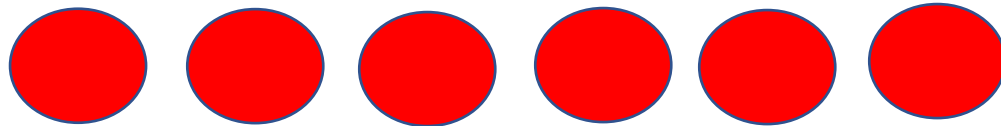
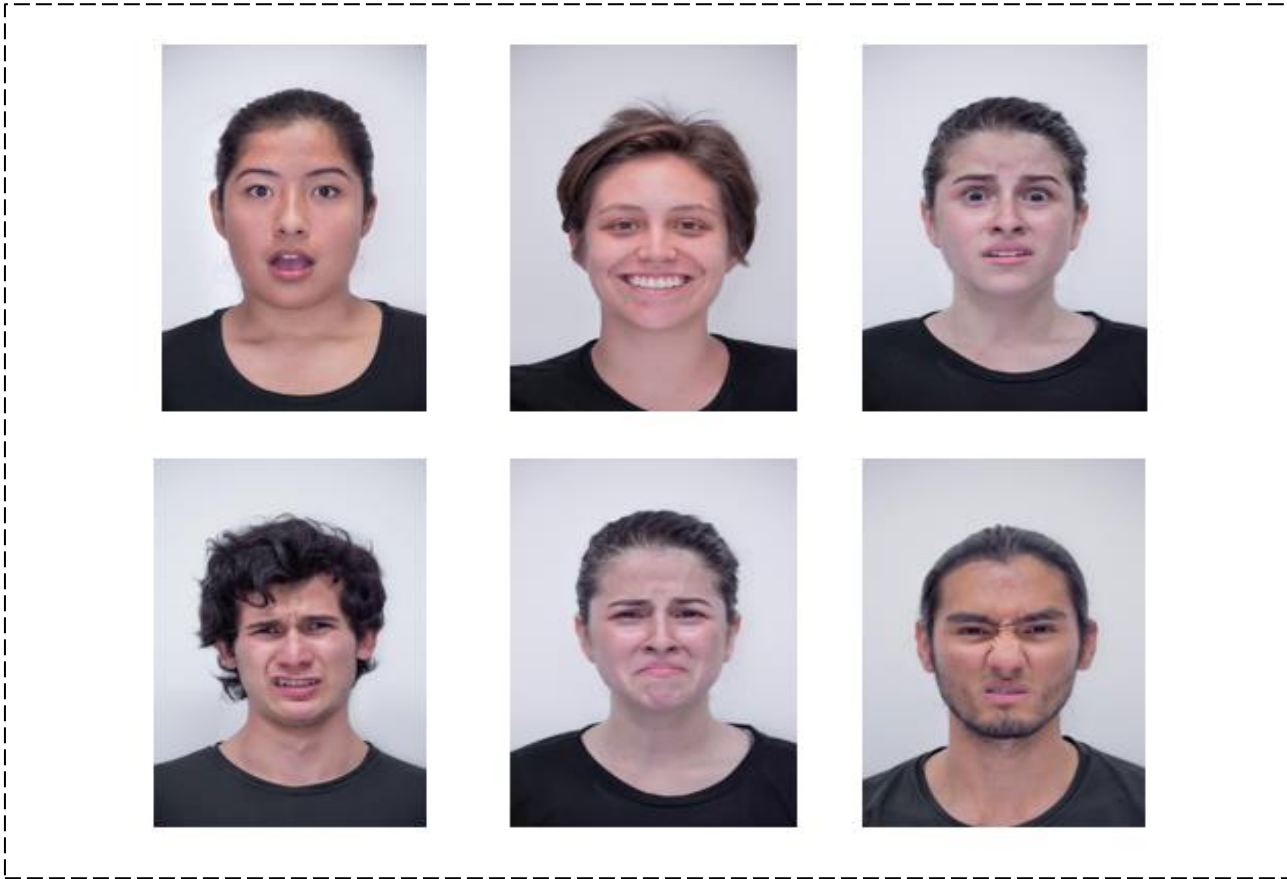


“En la escuela, un compañero amenaza con golpearte”

**Materiales.** Tabla de la lotería de las emociones, círculos rojos.

**Tarea para casa.** Se sugiere a la familia y cuidadores crear una rutina diaria donde se indague por el estado emocional del paciente, es decir, preguntar todos los días en la mañana, cuando el niño regresa del colegio, en la noche y siempre que se considere necesario, por su estado emocional, pueden utilizar la cartera de las emociones realizada previamente como refuerzo visual, se aconseja evitar respuestas como “bien”, “normal”, “mal” y pedir al paciente que nombre las emociones que está experimentando en el momento.

**Tabla lotería de las emociones.**



## *Sesión 9*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es estimular el reconocimiento de las emociones en los otros, utilizando como referencia las expresiones faciales y otros elementos del lenguaje no verbal. Al inicio de la sesión se presentan nuevamente al paciente las tarjetas de expresión emocional usadas en sesiones previas, se solicita a este que realice la identificación de la emoción de cada una de las fotografías. Posteriormente se brinda la siguiente instrucción: “Ahora vamos a pretender que somos actores, yo voy a personificar una emoción, después de que termine, quiero que me digas como crees que me siento”. El terapeuta debe personificar los gestos, el lenguaje no verbal y las expresiones asociadas a cada una de las emociones básicas, al finalizar cada emoción, debe pedir al paciente identificarla y preguntar cuales situaciones sociales conoce que puedan producir esta emoción, si el reconocimiento no fue adecuado, debe orientarse a la respuesta correcta. Se sugiere apoyar la representación en gestos, lenguaje no verbal y evitar nombrar la emoción cuando se personifique. Es importante al finalizar cada emoción brindar ejemplos y explicar los elementos del lenguaje no verbal como la postura, los gestos y el tono de voz que facilitan el reconocimiento. Es recomendable reforzar positivamente los reconocimientos y aproximaciones adecuadas.

**Materiales.** Tarjetas de expresión emocional.

**Tarea para casa.** En casa, se les pide a todos los miembros de la familia que compartan con el paciente sus expresiones faciales y no verbales asociadas a las emociones básicas, explicándole al paciente que situaciones tienden a detonar esa emoción, la familia puede hacerlo realizando una cartelera familiar con las fotografías de las expresiones faciales asociadas o en espacios de dialogo familiares.

## ***Sesión 10***

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es favorecer la identificación de las emociones básicas en los otros y la asociación de estas con situaciones cotidianas, utilizando las imágenes como estímulos. Se indicará al paciente lo siguiente: “Aquí tenemos unas imágenes, en esta fila tenemos unas emociones, dime ¿qué emociones ves?, cuando el paciente las haya identificado se continua con instrucción “al frente de estas imágenes, tenemos unas fotos que nos enseñan ciertas situaciones, cuéntame qué crees que está pasando aquí (se señala una de las imágenes), ahora quiero que ayudes a unir con una línea que emociones se relacionan con cada una de estas imágenes”.

**Materiales.** Tarjetas de emparejamiento

**Tarea en casa.** La familia puede utilizar cuentos, narraciones infantiles tradicionales o películas para indagar por las emociones que sienten los personajes en esa situación. Se aconseja a la familia utilizar de forma constante lenguaje emocional, nombrando de forma clara la emoción que se siente y evitar respuestas como “bien”, “normal”, “mal” y reemplazarlas por el nombre de la emoción.

Tarjetas de emparejamiento.



## *Sesión 11*

**Descripción.** Sesión grupal N° 1. El objetivo de este encuentro es entrenar en contextos sociales con pares, los procesos estimulados anteriormente. Antes de iniciar, el terapeuta debe considerar anticipar de forma adecuada, realizar un encuadre pertinente e iniciar con una actividad rompehielos que favorezca la interacción. Tomando en cuenta las características de las tareas propuestas, se recomienda contar con un espacio amplio. Se proponen tres ejercicios:

Ejercicio 1: Se da la siguiente instrucción a los participantes, “este juego se llama veo, veo, yo voy a decir las características de un objeto que está en esta sala, lo que quiero que hagan es que intenten encontrarlo, el primero que lo encuentre puede traerlo y contarnos como se llama y cuál es su uso”. El terapeuta puede ubicar entre 5 y 10 objetos de interés, a simple vista o esconderlos, dependiendo de las posibilidades del espacio y de las edades de los pacientes.

Ejercicio 2: Esta tarea consiste en personificar emociones, los participantes en parejas, se ubican uno frente al otro, se inicia el ejercicio con una actividad de mímica donde simulando un espejo, por turnos, los participantes imitaran a su compañero. Luego, se procede con la indicación: “Ahora yo voy a decirles una emoción y quiero que le muestren a su compañero como se ve esta”, los participantes deben turnarse para realizarla. Si el terapeuta lo considera necesario puede previamente recordar las expresiones de las emociones utilizando las tarjetas de expresiones usadas previamente.

Ejercicio 3: En esta actividad, los participantes deberán intercambiar parejas con sus compañeros, la tarea consiste en adivinar, por turnos, cada una de las emociones personificadas por su par,

bajo la siguiente instrucción: “Ahora quiero que cada uno piense en una de las emociones que hemos visto, me gustaría que se la mostremos a nuestro compañero, pero sin decirle cual es, para que él pueda adivinarla”. El terapeuta debe estar atento a que los participantes representen todas las emociones, de lo contrario, recordar que aún faltan algunas por mostrar, puede nombrarlas aleatoriamente para que los participantes las personifiquen todas. Si algún participante no recuerda o desconoce como personificarla el terapeuta y los participantes pueden orientarlo.

**Materiales.** Tarjetas de señalamiento, objetos de interés, tarjetas de expresiones emocionales.

## *Sesión 12*

**Descripción.** Sesión de seguimiento con padres de familia y/o cuidadores, se abordan los objetivos parciales intervenidos, se evalúa de forma cualitativa y en conjunto, la adherencia, generalización y eficacia de las tareas para casa. Es recomendable indagar por cambios o mejoras evidenciadas durante el proceso de estimulación. Se continua con psicoeducación para padres, se aconseja el uso como apoyo de la cartilla para padres adjunta a este documento, el terapeuta puede utilizar otros recursos que considere pertinentes. Se entregan algunos ejercicios para continuar la estimulación en casa.

**Materiales.** Cartilla de psicoeducación para padres.

**Tarea para casa.** Implementar las estrategias brindadas en el proceso de psicoeducación en casa para facilitar el manejo del cuadro clínico del paciente.

### *Sesión 13*

**Descripción.** Sesión de psicoeducación al paciente sobre TEA y ToM. Es recomendable utilizar como apoyo el video educativo y la cartilla para el paciente, adjuntos en este documento. Se aconseja utilizar un lenguaje ameno, inclusivo, apropiado para la edad y el nivel de conciencia del trastorno por parte del paciente, siguiendo el principio de la no maleficencia y desde una postura ética, una concepción humanista, integral y biopsicosocial del TEA y la discapacidad. El terapeuta puede utilizar otros recursos y apoyos que considere pertinentes. Se sugiere vincular a los padres de familia y cuidadores para que durante la semana en casa, estén atentos al paciente y puedan dialogar de este tema como familia, de ser necesario.

**Materiales.** Cartilla de psicoeducación para paciente y video educativo.

### *Sesión 14*

**Descripción.** Con esta sesión se busca que el paciente pueda identificar la emoción que experimenta una persona en diferentes situaciones. Se pide al paciente lo siguiente: “Hoy vamos a dibujar, yo voy a contarte una pequeña historia y quiero que tú, en esta hoja, dibujes y me cuentes como crees que se siente la persona que la protagoniza”. El terapeuta puede variar las historias de acuerdo a la edad y condiciones del paciente, si lo considera necesario el terapeuta puede dibujar algunos elementos principales de la historia en una hoja blanca para facilitar la comprensión de la historia, es importante que este sea realizado mientras se cuenta la historia, para que el paciente pueda realizar la asociación.

Historia 1: El mejor amigo de Ana se fue del colegio y ahora ella está sola durante el recreo.



Historia 2: La hermana de Isaac, siempre está tocando sus cosas sin permiso.

Historia 3: Camila huele un fuerte olor a basura.

Historia 4: Juan iba caminando por la calle y un carro pitó de repente.

Historia 5: La profesora de José lo felicitó frente a la clase por su buen comportamiento.

Historia 6: Miguel pisó popo de perro mientras caminaba.

Historia 7: A Emanuel no le gustan ver películas de terror.

Historia 8: A Valentina no le gusta dormir sola porque siente que hay fantasmas en su cuarto.

Historia 9: Mateo y su familia van a ir de viaje de vacaciones.

Historia 10: La mascota de Sofía murió por una enfermedad.

Historia 11: Matías perdió una partida en su videojuego favorito.

Historia 12: Durante la clase, los libros se cayeron del estante.

**Materiales.** Hojas blancas, lápices y colores.

**Tarea para casa.** Se brinda a la familia algunas estrategias de regulación emocional que pueden ser implementadas en casa para la gestión de las emociones negativas, especialmente la rabia y la frustración, el terapeuta puede elegir las técnicas que desee, pero se aconseja usar técnicas de respiración y estrategias lúdicas como “el tarro de la calma”, “la técnica de la tortuga”, el “Time out” o “el rincón de la calma”.

### ***Módulo 3: Falsas Creencias***

Las tareas de falsas creencias son un punto de inflexión en el desarrollo de ToM ya que indican la comprensión por parte del niño de la existencia de estados mentales en los otros, además del reconocimiento de atribuciones tomando en cuenta una situación real (Xiao et al., 2018). En este tipo de tareas se presentan de forma separada los estados mentales de dos personajes con relación a un tercer elemento en una historia y para su adecuada resolución, se requiere que el niño no solo infiera que existe un estado mental en el personaje, sino que debe reconocer que este no corresponde a los hechos que él conoce, tomando en cuenta la narración (Carlsson et al., 2018), lo que implica suponer que las otras personas pueden tener creencias erradas sobre el mundo físico (Rasga et al., 2017).

Las falsas creencias de segundo orden surgen entre los 6-7 años, requieren que el niño genere la representación que tiene un personaje sobre la representación de otro personaje (Zilber, 2017) y que reconozca que esta primera, puede estar errada comparándola con el mundo real (Rasga et al., 2017). Este tipo de inferencias se continúan consolidando en posteriores etapas del neurodesarrollo y se relacionan con otros procesos cognitivos como la memoria de trabajo, el control inhibitorio o la flexibilidad cognitiva (Rasga et al., 2017).

**Dominios y proceso neuropsicológicos involucrados.** Atención sostenida, razonamiento inferencial, memoria de trabajo, lenguaje pragmático y flexibilidad cognitiva.

### ***Sesión 15***

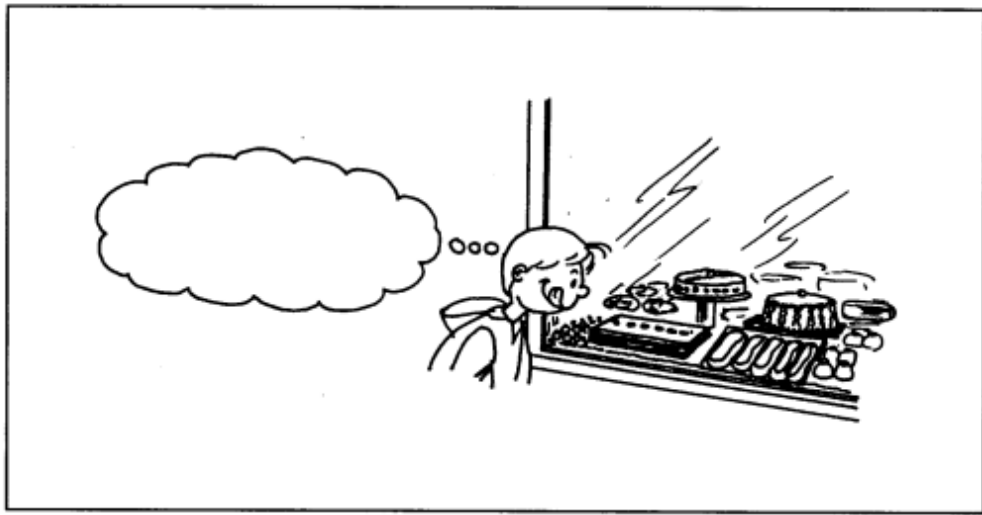
**Descripción.** El objetivo de esta sesión es propiciar el reconocimiento de estados mentales y emocionales en los otros, para esto se utilizan refuerzos visuales e historias, se inicia

la sesión con una breve introducción explicando al paciente sobre los estados mentales y emocionales en los otros, cómo estos pueden ser diferentes a los nuestros y su relación con la información que se tiene del contexto. A continuación, se brinda la siguiente indicación: “Ahora voy a mostrarte unas imágenes y quiero que me digas que puede estar pensando el personaje”. Las tarjetas están organizadas de acuerdo al nivel de complejidad de la tarea, se sugiere que para cada una de ellas el terapeuta realice preguntas que permitan realizar el proceso de inferencia, por ejemplo: “¿qué crees que está pasando en esta imagen?” “¿Qué piensa el personaje?” “¿Por qué piensa eso?” “¿Qué crees que haría el personaje a continuación?”, además se incluyen preguntas sobre los estados emocionales de los personajes, como: “¿Qué emoción tiene el personaje? ¿Cómo se siente la mujer de la historia?” Dependiendo de la imagen y de las respuestas del paciente, el terapeuta puede realizar más preguntas orientadas a este proceso, se sugiere siempre corroborar la comprensión, por parte del paciente, de la situación presentada y proporcionar pistas que faciliten la inferencia.

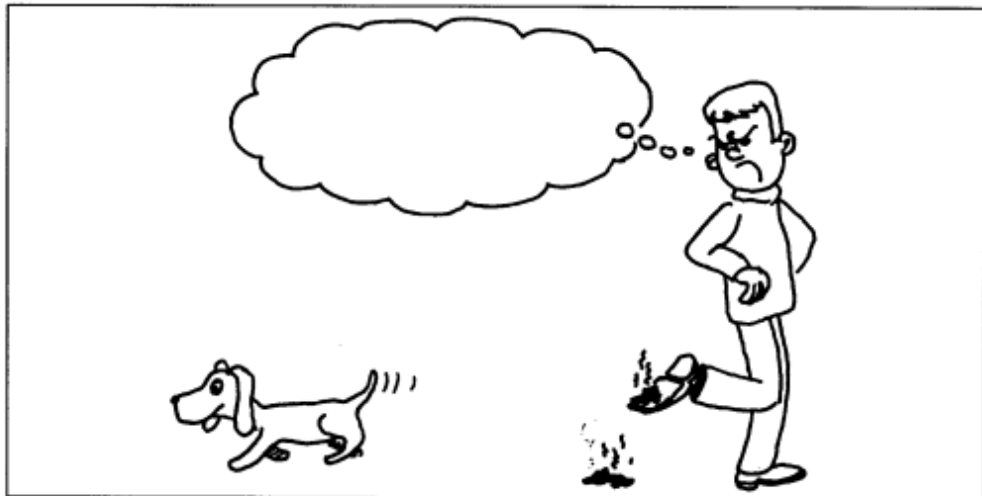
**Materiales.** Tarjetas con falsas creencias 1.

**Tarea para casa.** Descargar y utilizar en casa la aplicación AutisMIND para el desarrollo de teoría de la mente y habilidades sociales en niños con autismo, dedicar un tiempo de acuerdo a las rutinas de casa, para realizar ejercicios de estimulación, se sugiere media hora. Es importante que esta actividad se realice con el acompañamiento de los padres o de una persona responsable que pueda contextualizar las actividades que se proponen al paciente y quien, además, supervise el uso del celular o Tablet.

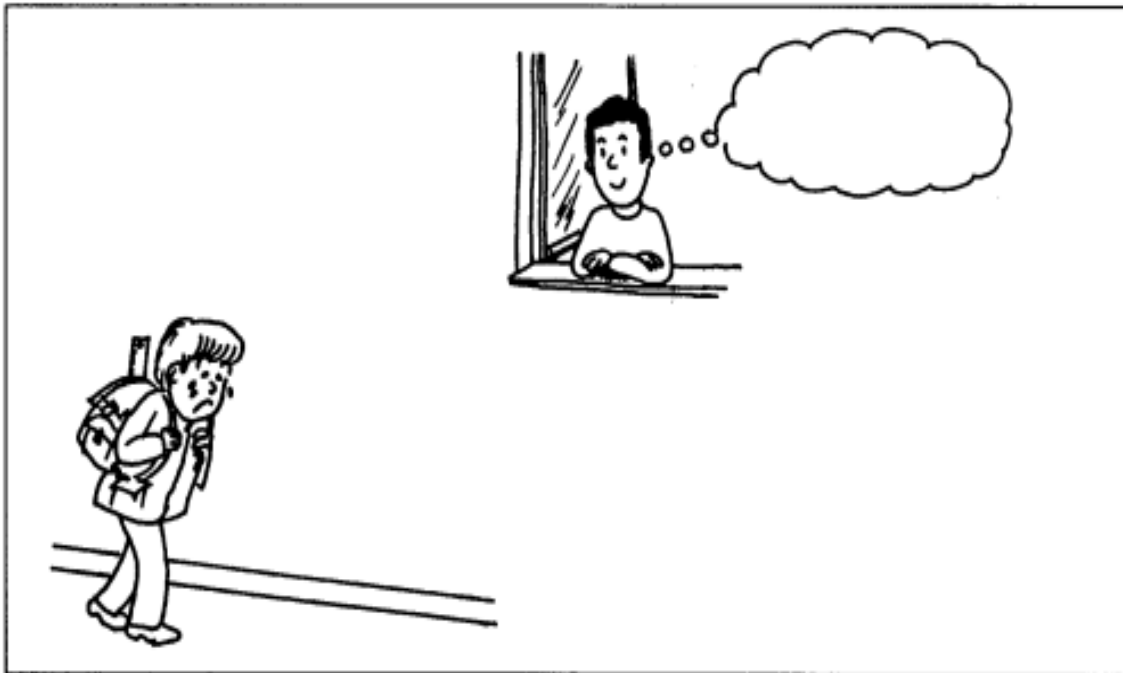
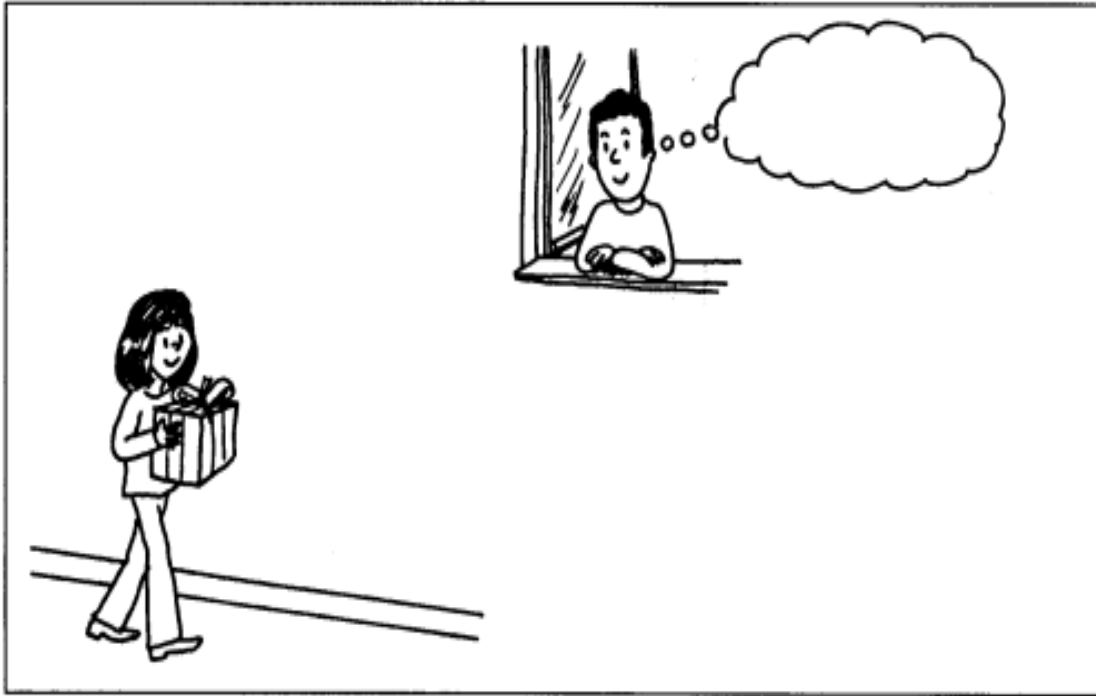
Tarjetas de falsas creencias 1.

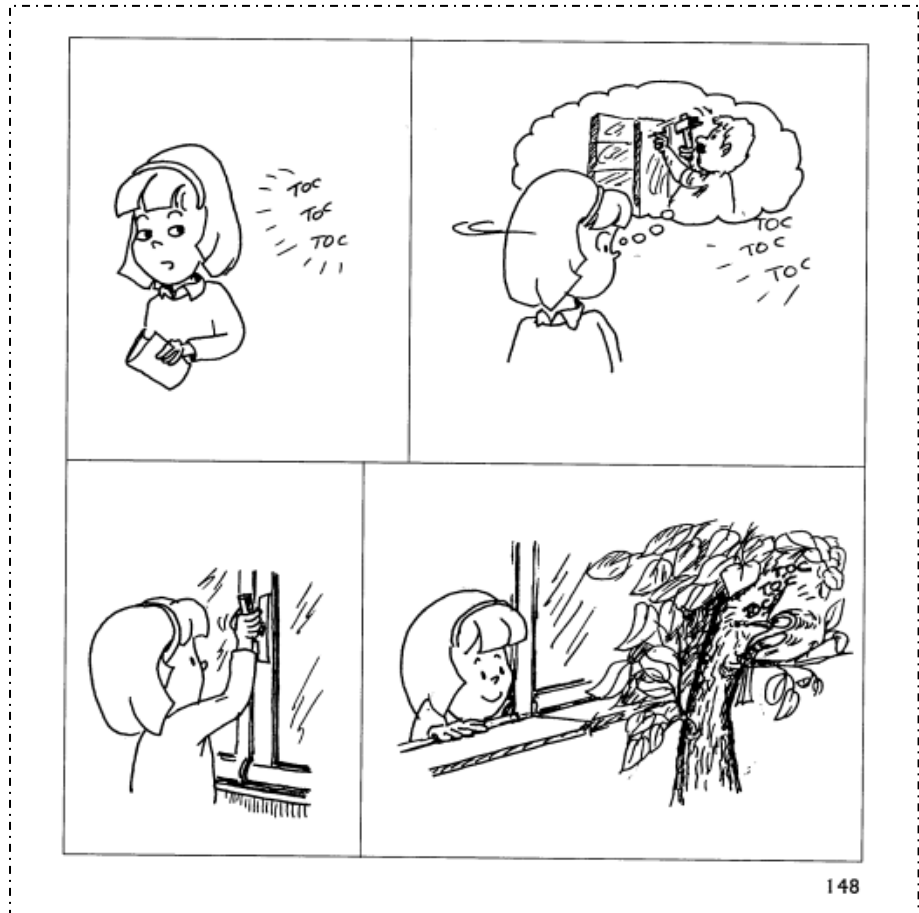
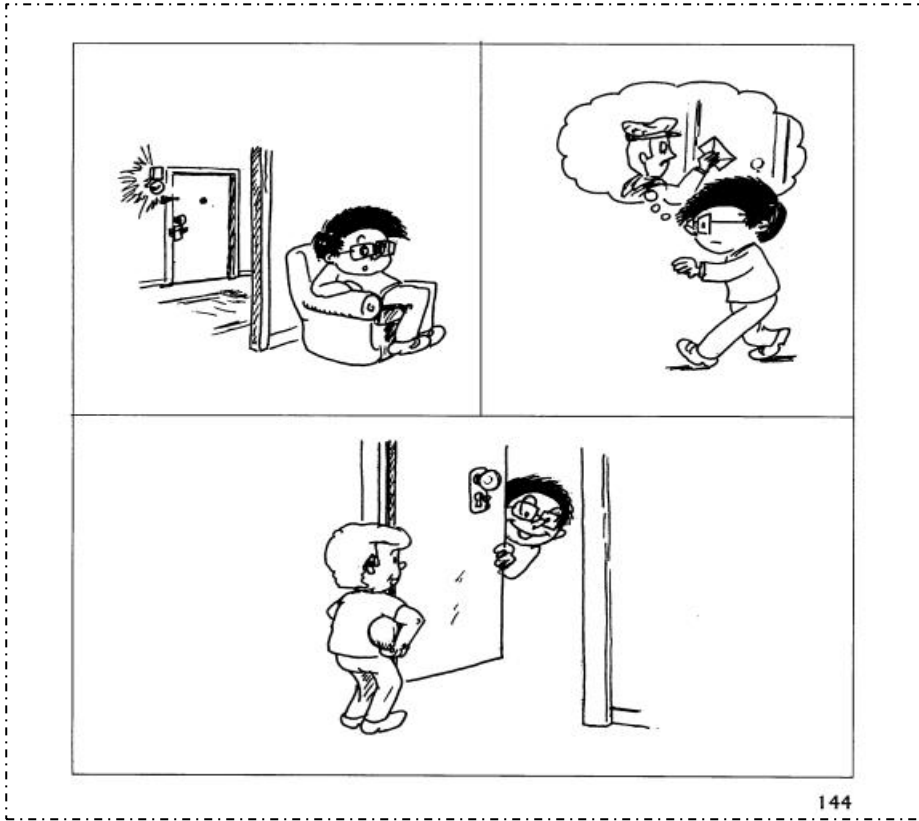


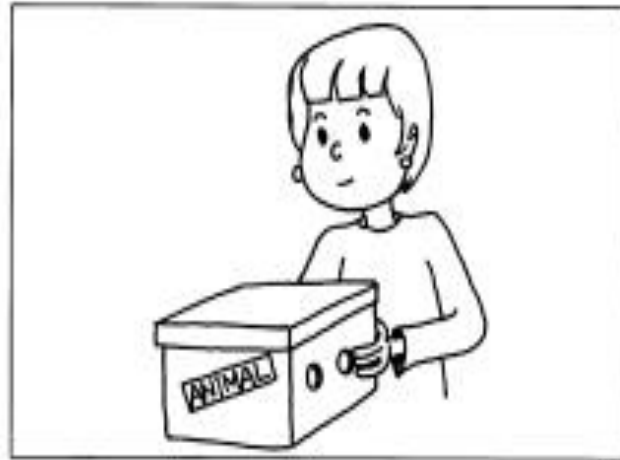
136



137







95



96



97

## *Sesión 16*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es favorecer la comprensión de estados mentales de los otros, por medio de tareas de falsas creencias, en este ejercicio el paciente debe contrastar su propia creencia del evento contra la del otro. Se da la siguiente instrucción: “Aquí tenemos una caja, hoy vamos a jugar a adivinar la mente, para eso vamos a hacer varias actividades”. En la primera tarea se esconde dentro una caja o cajón un objeto mientras el paciente observa, luego se le pide que indique ¿dónde está el objeto?, a continuación, se repite el ejercicio, solo que esta vez el niño tiene los ojos cerrados, luego se le indica al paciente que ahora es el turno de él para esconder el objeto, el terapeuta cierra los ojos y se le pide al niño, luego de esconder el objeto, que adivine en donde va a buscar el terapeuta el objeto. Luego, se presenta un personaje quien es representado por el muñeco, se sugiere darle una identidad y nombre para evitar confusiones, se puede dar la siguiente indicación: “Este que vez aquí es Tom, él es un muñeco que nos va a ayudar a mejorar nuestra capacidad para adivinar la mente de los otros”, Se repite el ejercicio de esconder un objeto dentro de la caja, solo que ahora el objeto pertenece a Tom y este lo ha dejado encima del escritorio, antes de irse a dormir, mientras este duerme, el paciente ha escondido el objeto dentro de la caja, se debe preguntar al paciente ¿”Dónde crees que Tom irá a buscar su objeto cuando despierte?” “¿Por qué Tom hará eso? “¿Sabe Tom que nosotros escondimos su objeto?” y otras preguntas que faciliten al paciente realizar la inferencia de forma correcta.

Por último, se presentan al paciente algunas situaciones donde este deberá adivinar el comportamiento de un personaje, se adjuntan algunos refuerzos visuales para facilitar la comprensión de la situación. Se debe direccionar la resolución de estas situaciones con preguntas guía como: “¿Cómo esperaba encontrar el personaje las cosas?” “¿Qué paso mientras no estaba?” “¿Qué está pensando el personaje?” “¿Cómo se puede sentir el personaje?” “¿Por qué el



personaje pensó de esta forma? “¿Por qué se siente así el personaje?” “¿Qué hará ahora el personaje?”, etc.

Durante toda la sesión, el terapeuta debe realizar preguntas que faciliten la inferencia y siempre deberá chequear la comprensión de la situación por parte del paciente, si al final del ejercicio, este no consigue por sí cumplir con la tarea, el terapeuta deberá indicar el razonamiento y respuesta correcta. En caso de ser necesario, se sugiere al terapeuta realizar refuerzos visuales mientras se narra la tarea, por medio de dibujos o de la escritura de palabras claves.

Situación 1: Juan deja sus juguetes desordenados en el cuarto y sale del cuarto para comer algo en la cocina, mientras está en la cocina, su madre recoge los juguetes, luego Juan regresa al cuarto. ¿Qué espera encontrar Juan en el cuarto?

Situación 2: En la escuela, Tomas le presta a Valeria su sacapuntas, ella se lo presta a Miguel, Tomas necesita usar su sacapuntas. ¿Tomas, a quién le pide el sacapuntas de regreso?

Situación 3: Matías tiene mucho calor por lo que prende el ventilador y sale del cuarto a traer agua, mientras trae el agua, entre Camila y cierra la ventana, Matías regresa a la habitación ¿Qué espera encontrar Juan en el cuarto?

Situación 4: Sofia deja en la nevera mitad de un pastel para comer más tarde y se va para la escuela, mientras está en clase, Miguel se come el pastel, Sofia regresa de clase y abre la nevera. ¿Qué espera encontrar Sofia en la nevera?

Situación 5: Los niños tenían que entregar una tarea el día martes, Juan no asiste a clases el día lunes, ese día la maestra cambia la fecha de entrega, Juan llega el martes a clase. ¿Qué espera Juan que pase con la tarea?

**Materiales.** Muñeco, caja o cajón para esconder objetos.

**Tarea para casa.** En casa se aconseja jugar “adivina, adivinador”, en este ejercicio un acompañante pensará en un objeto que puede pertenecer a cualquier categoría (animales, cosas de la casa, oficios, etc.) el paciente debe adivinar en qué está pensando utilizando las pistas que se le brinden, estas pueden ser características del objeto, de su uso o cualquier otra información que facilite al paciente identificarlo.

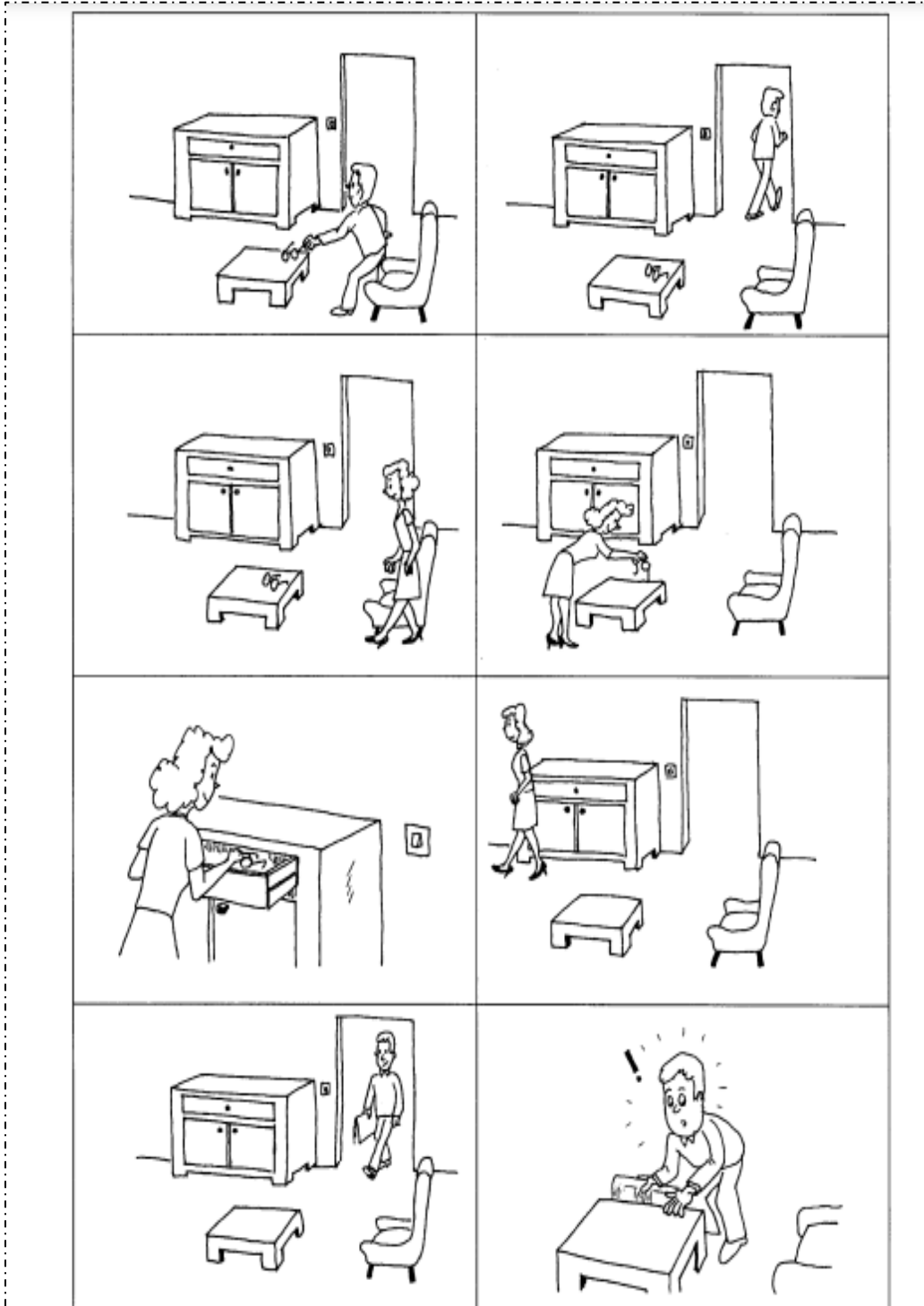
### *Sesión 17*

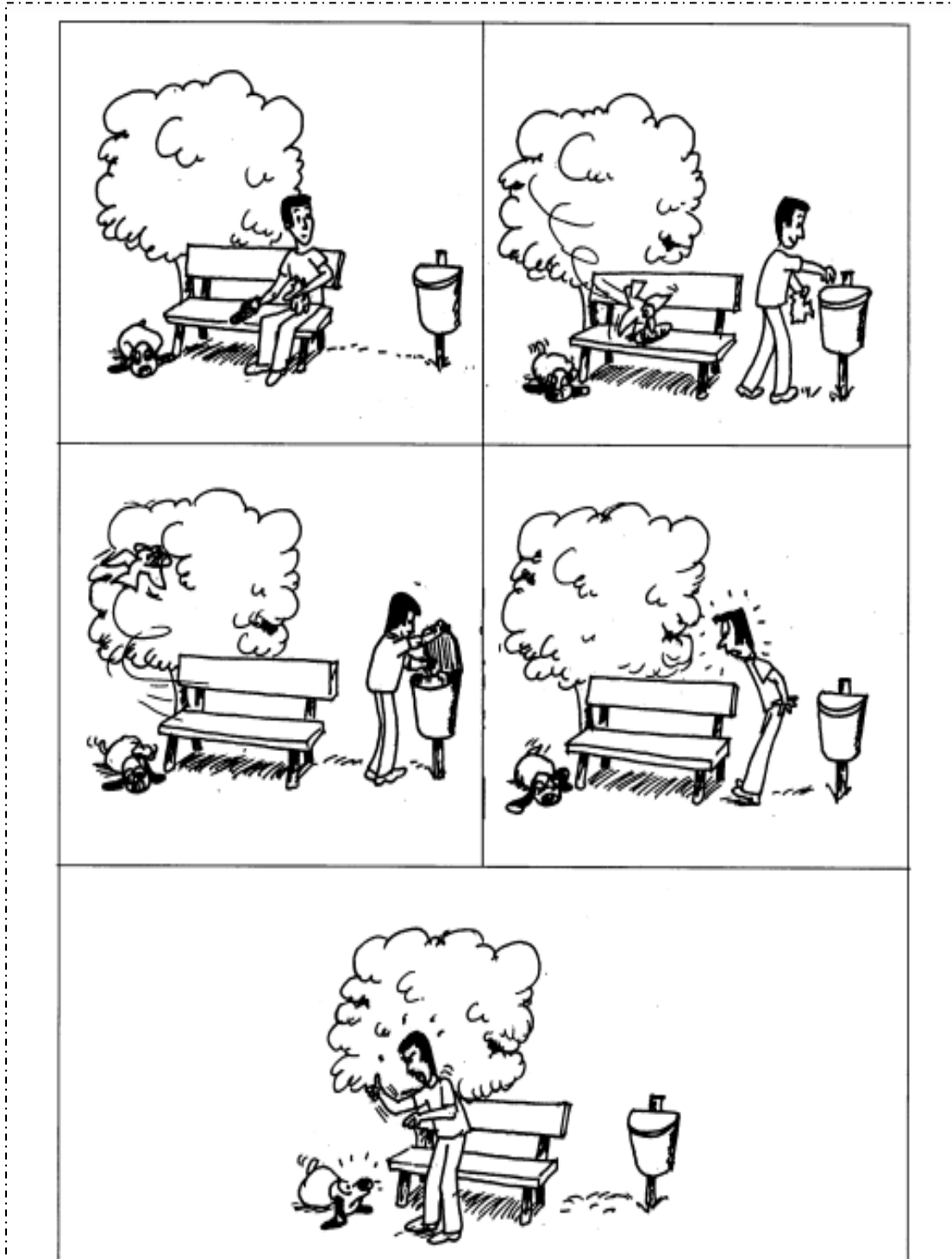
**Descripción.** El objetivo de esta sesión es propiciar el reconocimiento de estados mentales y emocionales en los otros, para esto se utilizan refuerzos visuales e historia más complejas. A continuación, se brinda la siguiente indicación: “Ahora voy a mostrarte unas imágenes y quiero que me digas que puede estar pensando el personaje. Para cada uno de los eventos, el terapeuta debe realizar preguntas que permitan realizar el proceso de inferencia, por ejemplo: “¿qué crees que está pasando en esta imagen?” “¿Qué piensa el personaje?” “¿Por qué piensa eso?” “¿Qué crees que haría el personaje a continuación?”, estas preguntas deben hacerse para cada uno de los personajes de la historia, además se incluyen preguntas sobre los estados emocionales de los personajes, como: “¿Qué emoción tiene el personaje? ¿Cómo se siente la mujer de la historia?”. Dependiendo de la imagen y de las respuestas del paciente, el terapeuta puede realizar más preguntas orientadas a este proceso, se sugiere siempre corroborar la comprensión, por parte del paciente, de la situación presentada y proporcionar pistas que faciliten la inferencia, se recomienda poner nombres a los personajes para facilitar la comprensión.

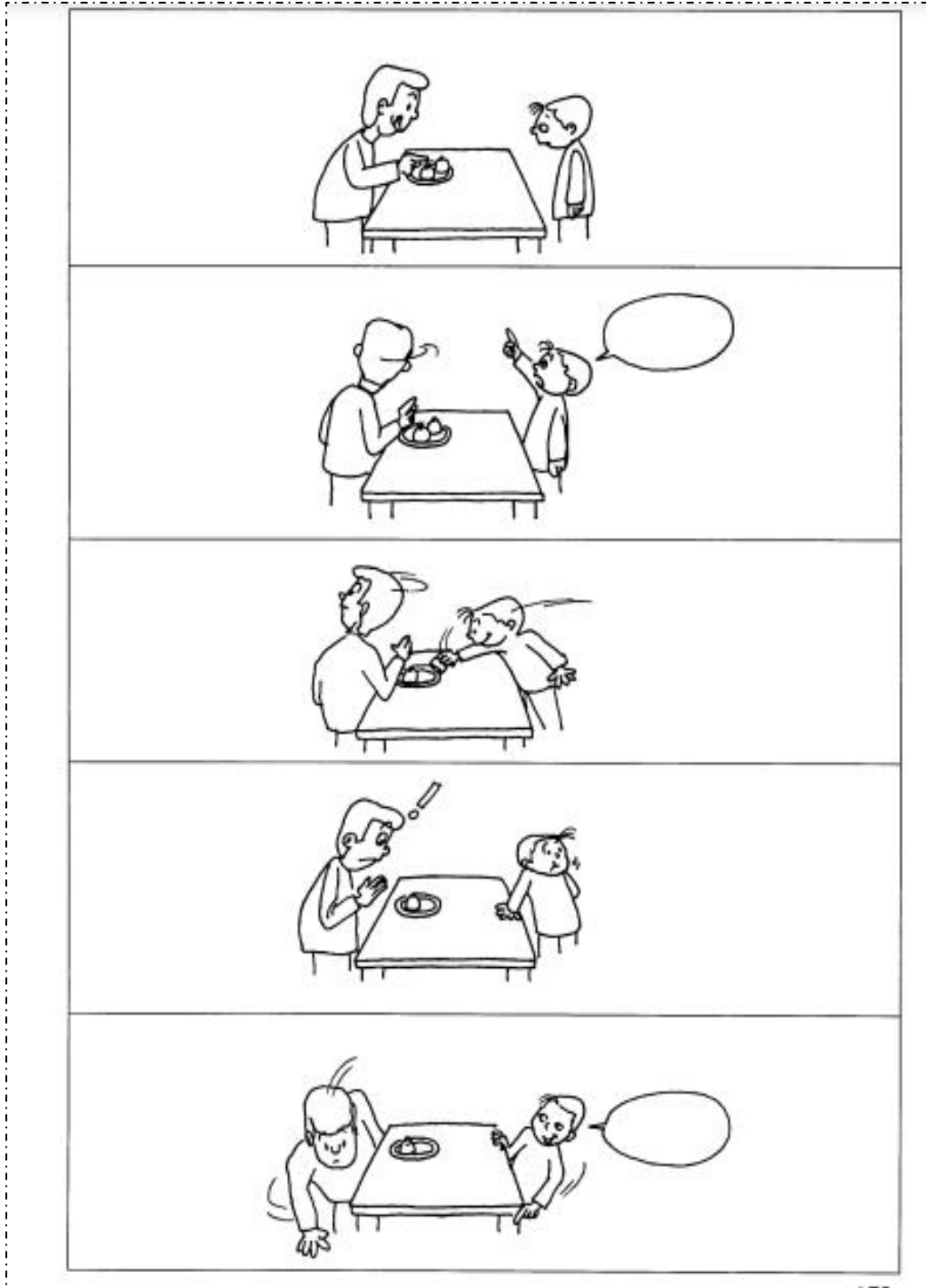
**Materiales.** Tarjetas de falsas creencias 2.

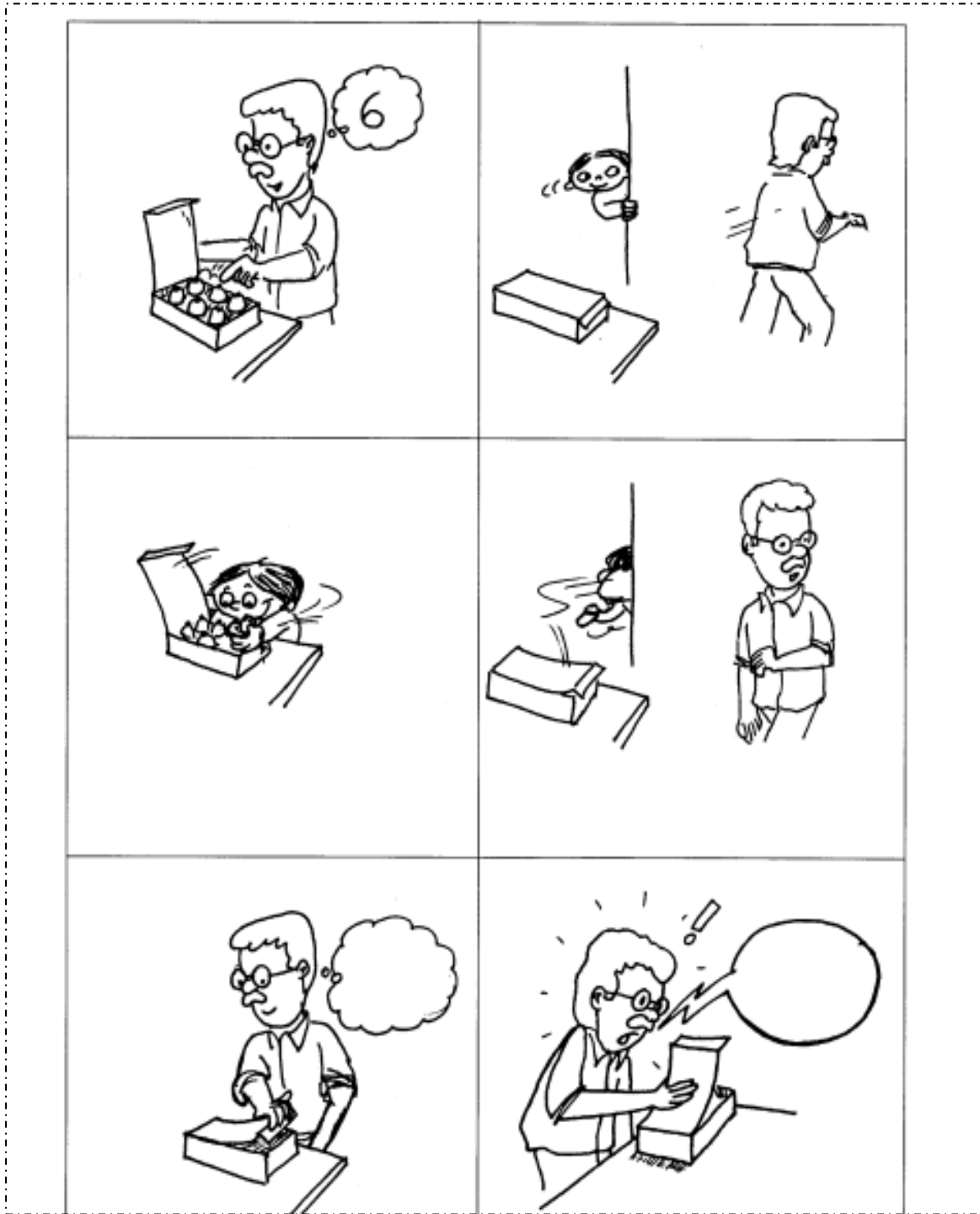
**Tarea para casa.** La familia puede utilizar cuentos, narraciones infantiles tradicionales o películas, deberán parar la narración o escena en un momento de la historia y preguntar al paciente por lo que sucede en la escena, qué puede estar pensando o sintiendo uno de los personajes y qué hará a continuación. Pueden direccionar al paciente en la respuesta y luego continuar con la escena para que este corrobore si sus predicciones fueron ciertas.

Tarjetas de falsas creencias 2.













## **Sesión 18**

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es propiciar el reconocimiento de estados mentales y emocionales en los otros, para esto se utilizan refuerzos visuales e historia más complejas que implican creencias de segundo orden. Se brinda la siguiente indicación: “Ahora voy a mostrarte unas imágenes y quiero que me digas que puede estar pensando el personaje. Para cada uno de los eventos, como en las sesiones previas, el terapeuta realice preguntas que permitan realizar el proceso de inferencia, por ejemplo: “¿qué crees que está pasando en esta imagen?” “¿Qué piensa el personaje?” “¿Por qué piensa eso?” “¿Qué crees que haría el personaje a continuación?”, además se incluyen preguntas sobre los estados emocionales de los personajes, como: “¿Qué emoción tiene el personaje? ¿Cómo se siente la mujer de la historia?”. Dependiendo de la imagen y de las respuestas del paciente, el terapeuta puede realizar más preguntas orientadas a este proceso, se sugiere siempre corroborar la comprensión, por parte del paciente, de la situación presentada y proporcionar pistas que faciliten la inferencia, se recomienda poner nombres a los personajes para facilitar la comprensión. En caso de ser necesario, se sugiere al terapeuta realizar refuerzos visuales mientras se narra la tarea, por medio de dibujos o de la escritura de palabras claves.

**Materiales.** Tarjetas de falsas creencias 3.

**Tarea para casa.** Utilizar en casa la aplicación AutisMIND para el desarrollo de teoría de la mente y habilidades sociales en niños con autismo, dedicar un tiempo de acuerdo a las rutinas de casa, para realizar ejercicios de estimulación, se sugiere media hora. Es importante que esta actividad se realice con el acompañamiento de los padres o de una persona responsable que pueda

contextualizar las actividades que se proponen al paciente y quien, además, supervise el uso del celular o Tablet.

*Situación 1:* Para navidad, Emiliano ha pedido una bicicleta, pero sus padres le dicen que no tienen dinero, en realidad los padres de Emiliano le compran la bicicleta que él quería, pero desean que sea sorpresa por lo que no le dicen nada. Guardan la bicicleta en el patio mientras llega navidad, pero un día Emiliano jugando la encuentra. ¿Qué piensa Emiliano que ha pasado? ¿Sabía Emiliano que iban a comprarle una bicicleta? ¿Saben los padres de Emiliano que el encontró la bicicleta?

*Situación 2:* Angela y María son mejores amigas, un día María no asiste al colegio porque su madre no puede llevarla a clase, José un compañero de las niñas le dice a Angela que María no vino porque se encuentra gravemente enferma, al día siguiente, Angela regresa a clase y María, al verla, se pone a llorar. ¿Sabe Angela porque llora María? ¿Por qué llora María? ¿Tenía razón José?

*Situación 3:* Camilo y Matías están jugando en el parque, la madre de Camilo lo llama para decirle a algo así que este va a casa mientras Matías se queda en el parque cerca de los columpios, mientras espera, Matías decide ir a jugar a la cancha. Al regresar al parque ¿A dónde irá Camilo a buscar a Matías? ¿Sabe Camilo a donde fue Matías?

### ***Sesión 19***

**Descripción.** En esta sesión se busca que el paciente logre comprender el concepto del engaño, es decir, que las personas pueden expresar una cosa cuando en realidad están pensando o sintiendo otra. Se sugiere iniciar la sesión indagando por el conocimiento previo que se tiene

sobre las mentiras y explicando al paciente el uso del engaño en situaciones cotidianas, es importante que el terapeuta tome en consideración que debido a la inflexibilidad y literalidad en el lenguaje pragmático presente en el TEA, puede que el paciente crea que las mentiras son malas o que no deben decirse, es importante recordar que el objetivo de la sesión es la comprensión del fenómeno, no un entrenamiento para su uso. Posteriormente, se brinda la siguiente indicación: “Hoy vamos a aprender sobre las mentiras, para eso vamos a practicar algunas, ves estos objetos, quiero que, por turnos, cada uno diga una mentira sobre ellos, por ejemplo, esta pelota es azul, pero yo puedo decir: esta pelota es verde”. Se realizan 5 ensayos con el paciente utilizando objetos. Luego de proponer esta tarea: “Ahora voy a mostrarte algunas imágenes y yo voy a decir una mentira sobre ellos, quiero que me ayudes a descubrir ¿cuál es?”, se muestran al paciente las tarjetas. Para finalizar se brinda la siguiente indicación: “A continuación voy a contarte algunas situaciones, quiero que me digas ¿dónde crees que está la mentira?”. Dependiendo de la imagen y de las respuestas del paciente, el terapeuta puede realizar más preguntas orientadas a este proceso, se sugiere proporcionar pistas que faciliten la comprensión.

Situación 1: Mientras jugaba, Carlos rompió un plato en la cocina, su madre al llegar a casa ve el plato roto y le pregunta si fue él quien rompió el plato, Carlos dice que él no fue.

Situación 2: Durante la noche el perro de la familia dañó las plantas del patio, Manuel estaba dormido, cuando despertó le dijo a su madre que su hermano había dañado las plantas porque no le gustaban.

Situación 3: Matías le pregunta a Juan si le gustan las películas de terror, Juan dice que si, aunque en realidad le dan mucho miedo.

Situación 4: Daniel no hizo la tarea de matemáticas, en clase la profesora pide que él se la entregue, Daniel le dice que hizo la tarea, pero dejó el cuaderno en su casa.

Situación 5: María Ángel, durante el recreo empuja a Ana, Ana le dice a la profesora, pero cuando la profesora le pregunta a María Ángel, ella dice que no la empujó.

Situación 6: Sofia estaba en el baño cuando Mariana y Joaquín comenzaron a pelear en el recreo, al llegar la profesora Sofia dice que Joaquín fue quien empezó la pelea.

Situación 7: La madre de Julieta le dice ella y a su hermana que solo pueden comerse una galleta, pero Julieta se come 3, cuando la madre regresa ve que faltan galletas y le pregunta a Julieta si ella se las comió, pero Julieta dice que ella no fue, que fue su hermana.

Situación 8: Pedro se siente triste porque sus compañeros de clase no lo invitan a jugar, pero cuando la profesora le pregunta si le gustaría jugar con ellos, él dice que no, que le gusta más estar solo.

Situación 9: Miguel Ángel está molesto con su hermano por romper su juguete, sin embargo, cuando su madre le pregunta si está enojado, él dice que no.

Situación 10: A Jerónimo le gustan mucho sus zapatos nuevos, Mariana le dice a Jerónimo que sus zapatos son muy feos, él le dice que tiene razón, que el también piensa que sus zapatos son feos.

**Materiales.** Tarjetas de engaño, objetos de diversas formas y colores.

**Tarea para casa.** Se recomienda a los padres practicar con el paciente el uso de las mentiras, pueden realizarlo presentando información falsa sobre objetos y situaciones o por

medio de historias tradicionales como el cuento de caperucita roja o del pastorcito mentiroso, es importante solicitar al paciente que encuentre la mentira en el relato, pero también que cree una mentira sobre los mismos. Se sugiere al terapeuta realizar un encuadre adecuado con la familia para que estén al tanto del objetivo de la sesión.

***Tarjetas de engaño.***



Mentira: El niño tiene ojos azules.



Mentira: El gato lleva una pelota.



Mentira: El lápiz está encima de la mesa.



Mentira: El niño triste abraza al hombre.



Mentira: La madre dice que Valentina y Mariana nunca pelean.



Mentira: Mateo dice que está feliz.

## *Sesión 20*

**Descripción.** En esta sesión se busca que el paciente logre comprender el concepto del engaño piadoso o “mentiras piadosas”, es decir, que las personas pueden expresar una cosa cuando en realidad están pensando o sintiendo otra, pero lo hacen para evitar lastimar los sentimientos de los otros. Se sugiere iniciar la sesión indagando por el conocimiento previo que se tiene sobre las mentiras piadosas y explicando al paciente el uso del engaño en situaciones sociales y su relación con los sentimientos del otro, es importante que el terapeuta tome en consideración que debido a la inflexibilidad y literalidad en el lenguaje pragmático presente en el TEA, puede que el paciente crea no se debe mentir, es importante recordar que el objetivo de la sesión es la comprensión del fenómeno, no un entrenamiento para su uso. A continuación, se propone la siguiente tarea: “Ahora vamos a hacer un ejemplo de lo que te expliqué, esta es mi muñeca favorita, me gusta mucho y es mi juguete favorito, pero ayer una amiga me dijo que era muy fea y que era muy tonta por jugar con muñecas, ¿cómo crees que me sentí cuando me dijeron eso? ¿Crees que mi amiga hizo bien en decirme eso? ¿Qué otra cosa hubiera podido decirme para no hacerme sentir mal?”, posterior a la respuesta del paciente, se propone la siguiente situación: “Ahora vamos a actuar, quiero que no lo tomes en serio, ya que solo es un ejemplo (es importante que el terapeuta realice este encuadre ya que el paciente puede tomarlo de forma literal) este es tu juguete favorito, ¿cierto?, que pasaría si te dijera que tu juego es feo y viejo, ¿cómo crees que te sentirías? ¿Crees que estaría bien que te lo dijera? ¿Qué otra cosa hubiera podido decirte para no hacerte sentir mal?”. A continuación, se utilizan las tarjetas de mentiras piadosas para que el paciente pueda identificar situaciones donde las personas utilizan este recurso, al inicio las imágenes traen un dialogo guía con lo que el personaje piensa/siente y con lo que dice, siempre se debe indagar al paciente por lo siguiente “¿Qué está pasando? ¿Qué



dijo el personaje? ¿Qué estaba sintiendo o pensando realmente el personaje? ¿Por qué dijo eso?”, al avanzar en la tarea las tarjetas pierden el recuadro de dialogo de la mentira piadosa y esta debe construirse junto con el paciente.

**Materiales.** Muñeca, objeto favorito del paciente, tarjetas mentiras piadosas.

**Tarea para casa.** Se recomienda entrenar a la familia para que puedan dirigir el razonamiento del paciente en situaciones cotidianas donde sea recomendable utilizar mentiras piadosas, se sugiere practicar en casa el uso de estas en situaciones que previamente se hayan presentado en casa o escuela.

Tarjetas de mentiras piadosas.

LA ABUELA DE MARIA LE PREPARA CON MUCHO AMOR UNA COMIDA ESPECIAL CON BRÓCOLI PERO A MARIA NO LE GUSTA.



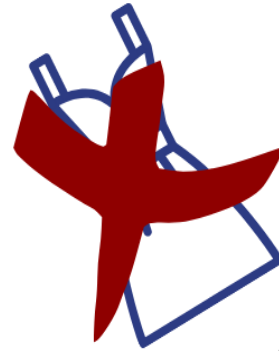
LOS PADRES DE MANUEL LE REGALAN UNA BICICLETA POR SU CUMPLEAÑOS PERO EL QUERIA UN CELULAR



LUCIA ESTÁ MUY EMOCIONADA POR SU NUEVO VESTIDO Y LE PREGUNTA A JUAN COMO LE QUEDA



ME ENCANTA  
ESTE VESTIDO!  
¿CÓMO ME VEO?

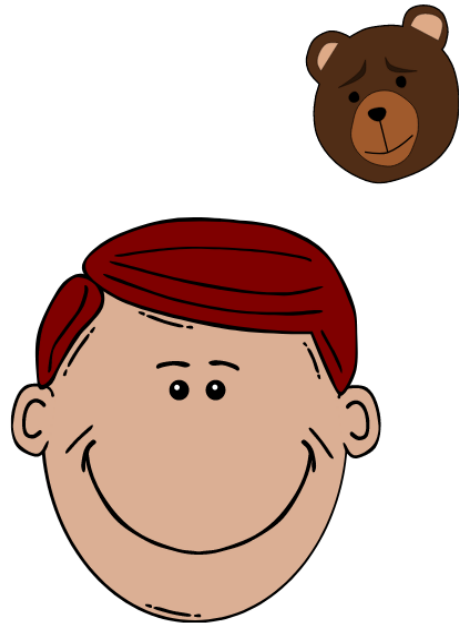


ESE VESTIDO  
NO LE QUEDA  
BIEN

!TE VES  
MUY BIEN!



**DIEGO VIO A SU MEJOR AMIGO, EMILIANO, ROMPER UN PLATO, PERO ESTE LE DICE A SU MADRE QUE ÉL NO FUE, LA MADRE DE EMILIANO LE PREGUNTA A DIEGO SI SABE QUIEN ROMPIÓ EL PLATO**

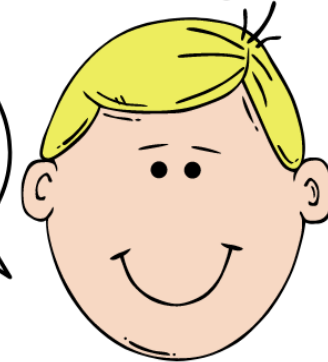


YO NO ROMPI  
EL PLATO



NO QUIERO  
QUE  
CASTIGUEN A  
MI AMIGO

NO VI LO  
QUE PASÓ.



CAROLINA INVITA A EMILY A SU CUMPLEAÑOS, PERO ELLA NO QUIERE IR.



LA MEJOR AMIGA DE DANIEL LE COMPRA UNA CHOCOLATINA, PERO A DANIEL NO GUSTA EL DULCE.



LA TÍA DE VALERIA LE REGALA UNA CAMISA COLOR ROSA, PERO A ELLA NO LE GUSTA ESE COLOR.



VALERIA, TE  
REGALO ESTA  
CAMISA CON TODO  
MI AMOR!



NO ME GUSTA ESA  
CAMISA





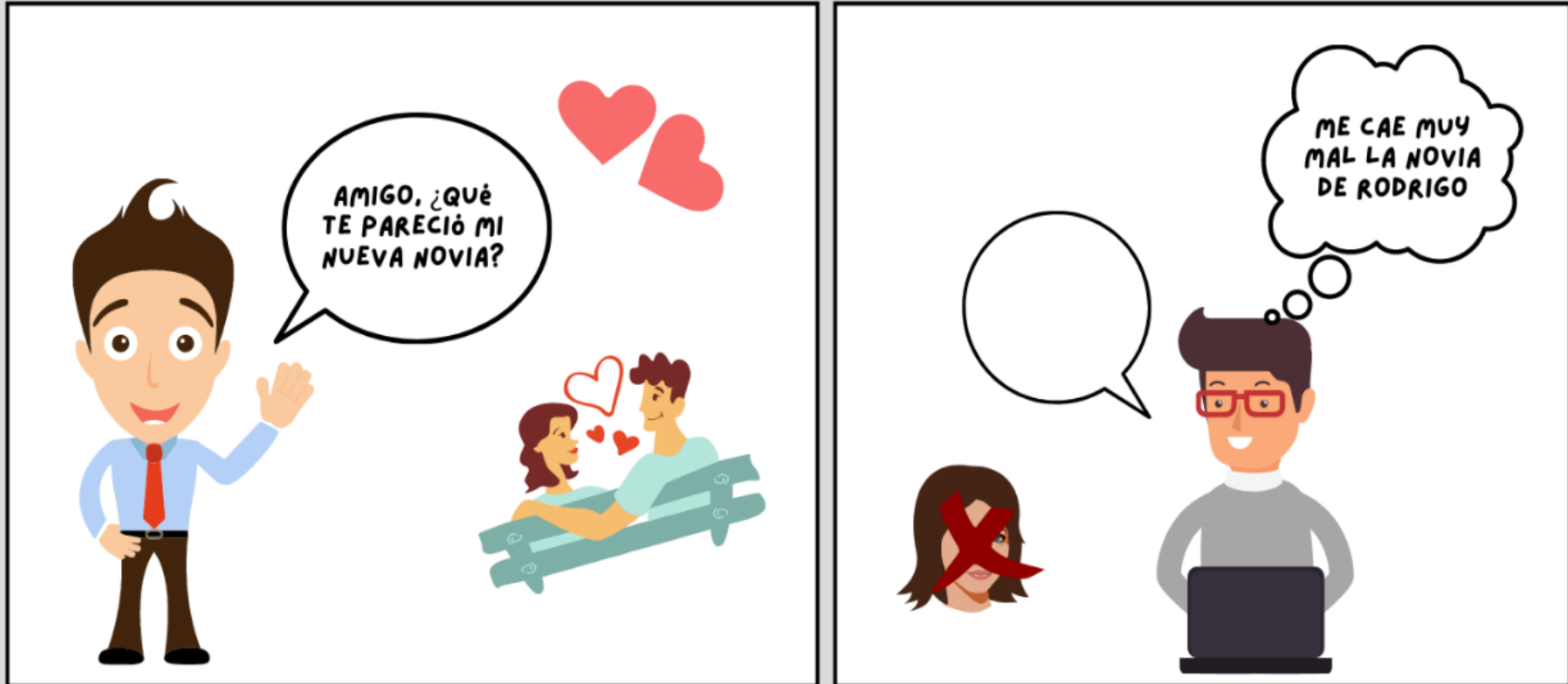
MARCOS ACABA DE CORTARSE EL CABELLO, ÉL CREE QUE SE VE MUY BIEN Y LE PREGUNTA A KAREN SI LE GUSTA SU NUEVO LOOK



JESUS, EL AMIGO DE ERIKA, NO HIZO LA TAREA. ERIKA SI LA HIZO.



TOMÁS TIENE UNA NOVIA NOVA Y DECIDE PRESENTÁRSELA A SU AMIGO, RODRIGO.



## *Sesión 21*

**Descripción.** En esta sesión se busca que el paciente logre comprender el concepto de la ironía, es decir, que las personas pueden expresar una cosa contraria a lo que en realidad están pensando o sintiendo en un momento determinado, normalmente las ironías vienen acompañadas de una entonación diferente al lenguaje natural. Se sugiere iniciar la sesión indagando por el conocimiento previo que se tiene sobre las ironías y explicando al paciente el uso de estas en situaciones sociales, es importante que el terapeuta tome en consideración que debido a la inflexibilidad y literalidad en el lenguaje pragmático presente en el TEA, el paciente no reconozca aspectos de la prosodia y de la pragmática del lenguaje y estos deban hacerse explícitos, como pedirle al paciente que tome en consideración el tono, la expresión facial y la discrepancia entre la información dada y la situación real para identificar una ironía. Se continúa la sesión mostrando por medio de ejemplos los cambios en la entonación que realizan las personas cuando realizan una pregunta, una exclamación o una ironía, con este ejercicio se busca que el paciente pueda reconocer aspectos de la prosodia del lenguaje y tomarlos en cuenta, cuando interpreta una expresión. Se aconseja que tanto el terapeuta como el paciente, realicen ejemplos. Posteriormente se presentan y explican algunos ejemplos de la prosodia de la ironía, se sugiere al terapeuta hacer explícitos los elementos anteriormente descritos. Después se brinda al paciente la siguiente instrucción: “Ahora voy a mostrarte algunas situaciones y quiero que me digas si crees o no que el personaje está siendo irónico”, es importante que sea el terapeuta quien lea las escenas utilizando la entonación correcta. Al inicio las imágenes traen un diálogo guía, siempre se debe indagar al paciente por lo siguiente “¿Qué está pasando? ¿Qué dijo el personaje? ¿Qué estaba sintiendo o pensando realmente el personaje? ¿Por qué dijo eso?”.

**Materiales.** Tarjetas de ironía.

**Tarea para casa.** Se recomienda entrenar a la familia para que puedan dirigir el razonamiento del paciente en situaciones cotidianas donde se utilice la ironía, se sugiere practicar en casa el uso de estas en situaciones que previamente se hayan presentado en casa o escuela.

**Tarjetas de ironía.**













#### ***Módulo 4: Toma de Perspectivas***

Desde las posturas del análisis de conducta y la teoría de los marcos relacionales (RFT), se utiliza el término de toma de perspectiva para referirse a los aspectos no mentalistas y más conductuales de ToM, desde esta mirada la intervención se enfoca en tres elementos principales: El desempeño en tareas de falsas creencias, el ejercicio en marcos deícticos del lenguaje y el entrenamiento en los comportamientos socialmente importantes que requieren de ToM (Peters y Thompson, 2018).

Este modelo parte de la premisa de que los humanos podemos responder a eventos u objetos por medio de relaciones de contexto, más allá de las propiedades físicas de los mismos. Los marcos deícticos se refieren a las relaciones entre palabras que dependen de un punto de

referencia, es decir que su significado se relaciona al hablante, el reforzamiento de este tipo de marcos en palabras como yo-tu, aquí-allá o antes-después, se encuentran a la base de la toma de perspectiva, estos marcos requieren de preguntas y respuestas en la interacción social para desarrollarse, tomando en cuenta que los ambientes donde estas se producen cambian modificando su significado, pero sin alterar la relación existente entre ambas (Montoya et al., 2017).

**Dominios y proceso neuropsicológicos involucrados.** Se espera estimular los procesos neuropsicológicos de razonamiento lógico e inferencial, atención sostenida y alternante, memoria de trabajo, lenguaje pragmático, cognición social y flexibilidad cognitiva.

## *Sesión 22*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es que el paciente comprenda que las personas pueden tener diferentes perspectivas sobre un evento y a partir de las creencias o emociones que tengan sobre el mismo, van a dirigir su conducta. Se sugiere iniciar la sesión indagando por el conocimiento previo que se tiene sobre las perspectivas de los otros y explicando al paciente la importancia de estas en situaciones sociales. A continuación, se presenta la siguiente tarea: “Ahora vamos a poner a prueba lo que te expliqué, para eso voy a pedirte que te ubiques en ciertos lugares de esta sala y que sostengas algunos objetos, luego te haré algunas preguntas”. Se aconseja seguir el siguiente orden de acciones:

- Terapeuta y paciente frente a frente, paciente con una pelota azul y terapeuta con una pelota roja. Se pregunta: “¿De qué color es tu pelota? ¿De qué color es mi pelota? ¿Si yo tuviera tu pelota, que color tendría? ¿Si tu tuvieras mi pelota, que color tendría?”.

-Terapeuta y paciente dándose la espalda, paciente con pelota roja y terapeuta con pelota verde, para este ejercicio es importante que el paciente no sepa el color de la pelota del terapeuta y el paciente crea que el terapeuta no conoce el de él. Se pregunta: “¿Puedes ver mi pelota? ¿Puedo ver tu pelota? ¿Sabes de qué color es mi pelota? ¿Yo sé el color de tu pelota? ¿Si yo fuera tú de qué color sería mi pelota?

- Terapeuta y paciente viendo de frente un objeto, se pregunta: ¿Puedo ver el objeto? ¿Tú puedes ver el objeto? ¿Qué objeto ves? ¿Qué objeto veo? ¿Luego uno de los dos participantes se da la vuelta y se realizan las mismas preguntas?

- Terapeuta y paciente viendo de frente un objeto, se pregunta: ¿Puedo ver el objeto? ¿Tú puedes ver el objeto? ¿Qué objeto ves? ¿Qué objeto veo? ¿Luego uno de los dos participantes se da la vuelta y se realizan las mismas preguntas?

-Terapeuta sentado y paciente de pie, ambos pueden mirarse, se pregunta: “¿Yo estoy de pie o estoy sentado? ¿Tu estas de pie o estas sentado? ¿Si yo fuera tú, estaría de pie o sentado? ¿Si tu fueras yo, estarías de pie o sentado?

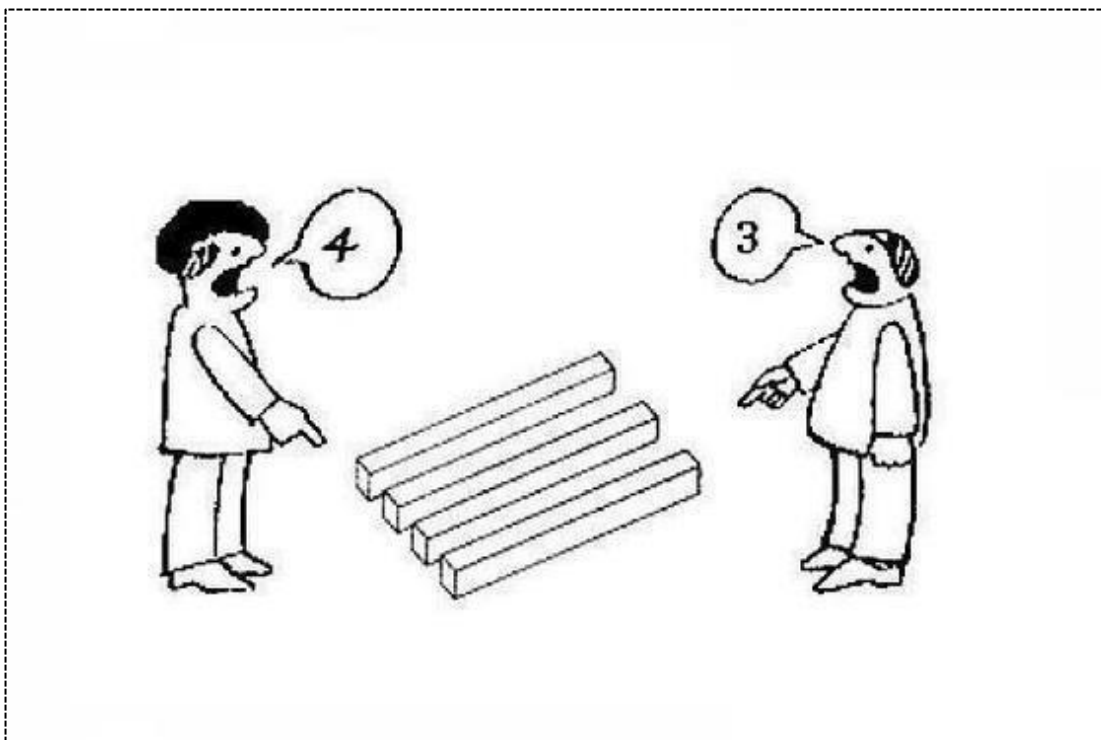
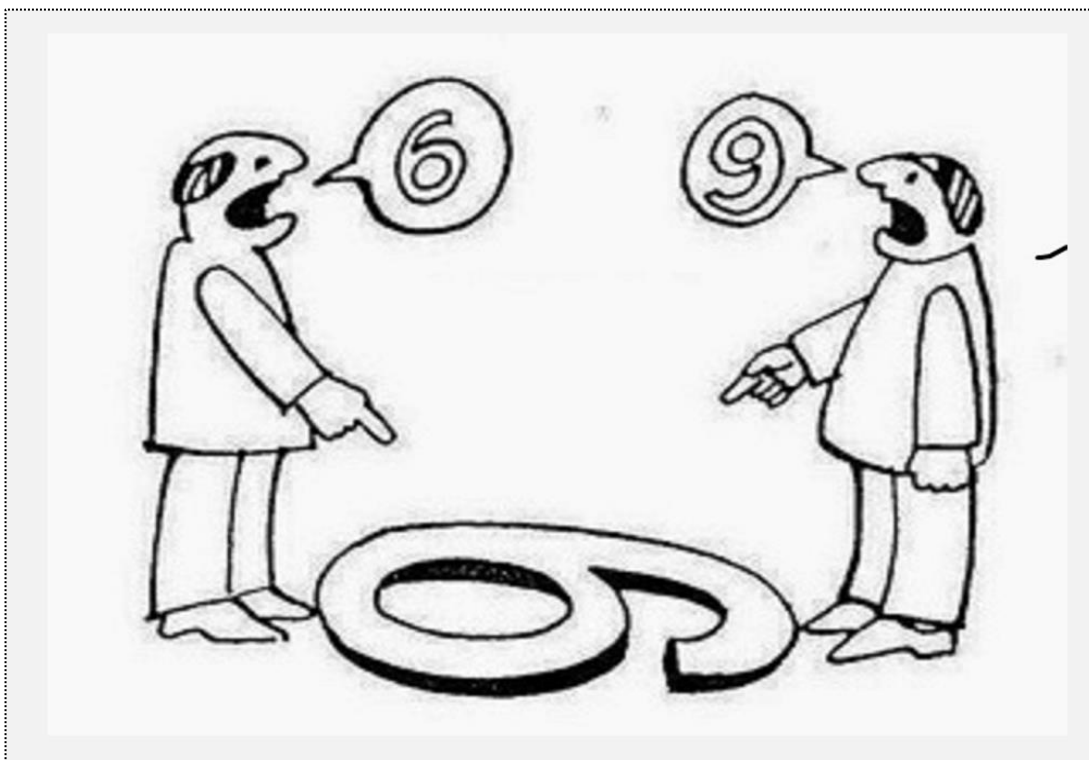
Luego, se brinda la siguiente indicación al paciente: “Muy bien, ahora me gustaría que observaras estas imágenes y respondieras algunas preguntas”, debe indagarse por lo que cada uno de los personajes puede observar en la escena y que podrían ver si estuvieran en la posición del otro, utilizando preguntas como: “¿Qué está viendo el personaje A? ¿Qué está viendo el personaje B? Si A fuera B ¿qué vería? Si B fuera A ¿Qué vería? ¿Qué crees que va a hacer ahora el personaje A? ¿Qué crees que va a hacer ahora el personaje B? ¿Cómo se sienten cada uno de los personajes? ¿Por qué se sienten de esa manera?”. Las últimas tarjetas están orientadas al reconocimiento de un mismo evento que se percibe de dos formas diferentes de acuerdo al

contexto, se sugiere al terapeuta dirigir el ejercicio con preguntas como: “¿Puedes decirme que está pasando en esta escena? ¿Qué le pasa al primer hombre? ¿Qué le pasa al segundo? ¿Está ocurriendo lo mismo en las dos ventanas? ¿Por qué el primer hombre se siente así? ¿Por qué el segundo hombre se siente así? ¿Cómo ve cada uno la situación?”. Se sugiere explicar la relación que existe entre el contexto y la interpretación cognitiva y afectiva del mismo.

**Materiales.** Pelotas u objetos de diferentes colores y tamaños, tarjetas de toma de perspectivas 1.

**Tarea para casa.** Se sugiere entrenar a la familia para que puedan dirigir el razonamiento del paciente y poner en práctica en casa la toma de perspectivas por medio de una tarea de “si yo fuera tu”, donde un miembro de la familia pueda preguntar al paciente durante un evento, preguntas o afirmaciones como: “Si yo fuera tu ¿Cuál sería mi juego favorito?, si yo fuera tú, llevaría una camisa blanca, si yo fuera tu ¿me gustaría comer brócoli?”. Luego se pide al paciente que replique el ejercicio, esta vez con lo que él cree que podría observar, pensar o sentir si fuera en el caso de ser la otra persona, se pueden poner como ejemplos afirmaciones como: “Si yo fuera tú, ¿me gustarían los dinosaurios, si yo fuera tú, les tendría miedo a las arañas, si yo fuera tu ¿comería frijoles?”.

Tarjetas toma de perspectiva 1.





52



53



54



55



### *Sesión 23*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es que el paciente comprenda que las personas tienen una perspectiva sobre un evento, tomando en cuenta la información que tienen sobre el mismo y a partir de esta dirigen su conducta. Se proporciona la siguiente tarea: “Hoy, como en la sesión anterior, voy a pedirte que te ubiques en ciertos lugares de esta sala y que sostengas algunos objetos, luego te haré algunas preguntas”. Se aconseja seguir el siguiente orden de acciones:

- Se ubica un juguete en una mesa en el centro de la sala, el terapeuta se pone en la esquina donde el juguete se ve de espaldas y el paciente en la esquina contraria, se pregunta: “¿Qué lado del juguete ves? ¿Qué lado del juguete veo? ¿Si tu estuvieras aquí que lado verías? ¿Si yo estuviera allá, que parte vería?”. Se sugiere intercambiar posiciones y preguntar de nuevo.

- Se pone el juguete debajo de la mesa y se pide al paciente que se agache de forma que pueda observarlo mientras el terapeuta queda de pie, se pregunta: “¿Tú puedes ver el juguete? ¿Yo puedo ver el juguete? ¿Si tu estuvieras aquí, podrías ver el juguete? ¿Si yo estuviera allá, podría verlo?”. Se sugiere intercambiar posiciones y preguntar de nuevo.

A continuación, se presenta la siguiente tarea: “Voy a contarte una pequeña historia y quiero que me ayudes a identificar, qué cosas piensan y sienten los personajes”. Se sugiere presentar las historias con las tarjetas de apoyo y orientar las mismas con preguntas guía como: “¿Qué piensa en personaje A? ¿Por qué crees que piensa eso? ¿Cómo se siente A?”.

- Historia 1: En la escuela, Mauricio se da cuenta que olvidó su cartuchera en casa, la profesora va a iniciar la clase y no tiene lápiz. Su compañera Dayana tiene dos lápices. ¿Qué crees que va a hacer Mauricio?

- Historia 2: Es la 1pm, Santiago tiene hambre y busca algo de comer, pero no tiene dinero. Se encuentra con su amiga María frente a un restaurante. ¿Qué crees que va a hacer Santiago?

**Materiales.** Juguete. Mesa. Tarjetas toma de perspectiva 2.

**Tarea para casa.** Se sugiere entrenar a la familia para que puedan dirigir el razonamiento del paciente y poner en práctica en casa la toma de perspectivas por medio de una tarea de “si tu vieras lo que yo veo”, donde un miembro de la familia puede preguntar al paciente durante un



evento, preguntas o afirmaciones, tales como: “Si tu fueras yo ¿Que sentirías cuando..?, si yo fuera un policía, llevaría un arma, si tu fueras tu hermano, que pensarías cuando..?”.

### Tarjetas toma de perspectiva 2.



## *Sesión 24*

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es que el paciente comprenda que las personas pueden tener diferentes perspectivas sobre un evento, tomando en cuenta la información que tienen sobre el mismo y a partir de esta, dirigen su conducta. Al inicio se presenta una imagen con varios personajes, se pide al paciente que intente adivinar que pueden estar sintiendo o pensando cada uno mediante la siguiente indicación: “Aquí tenemos una imagen, en ella hay varios personajes, tenemos una niña y varios osos, me gustaría que me dijeras ¿Qué crees que están pensando los osos de la niña? ¿Cómo se siente la niña? ¿Qué crees sienten los osos? ¿Qué crees que piensa la niña en este momento? ¿Qué crees que pasa ahora en la historia?”. Luego se presentan 2 historias acompañadas de refuerzos visuales donde el niño debe, a partir de la información de la narración, adivinar que van a hacer los personas a continuación. Durante las narraciones se sugiere al terapeuta indagar por las inferencias que el paciente realiza respecto a la cognición y emoción de los personajes.

Historia 1: María trepa peligrosamente a un árbol cuando juega con sus amigos, su madre la observa mientras las ramas se mueven. ¿Qué crees que va a hacer la madre de María? ¿Qué crees que va a hacer María.

Historia 2: Dos equipos de futbol están jugando, Samantha es hinchita de Colombia y Marcos de Brasil, el partido va 2-0 a favor de Colombia. ¿Qué crees que piensa Samantha del partido?. ¿Qué crees que piensa Marcos del partido? ¿Cómo se siente Marcos? ¿Cómo se siente Samantha?

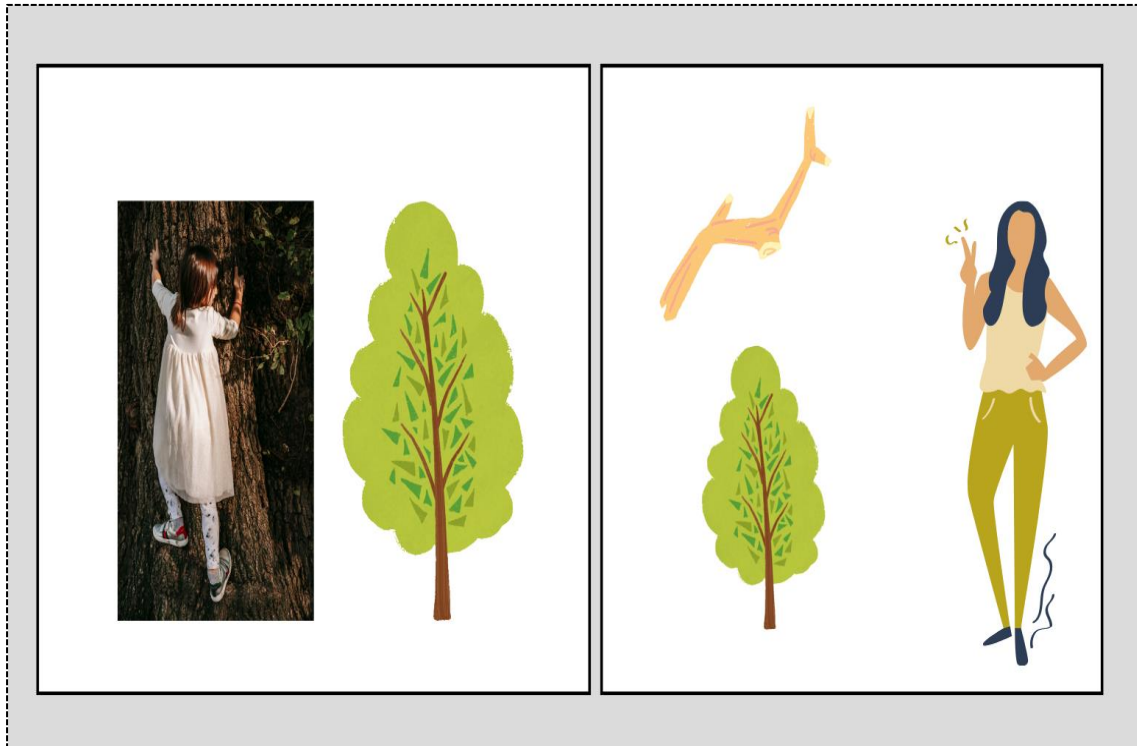
**Materiales.** Imagen toma de perspectiva, tarjetas toma de perspectiva 3.

**Tarea para casa. Tarea para casa.** Se sugiere entrenar a la familia para que puedan dirigir el razonamiento del paciente y poner en práctica en casa la toma de perspectivas por medio de una tarea de “si tu vieras lo que yo veo”, donde un miembro de la familia puede preguntar al paciente durante un evento, preguntas o afirmaciones, tales como: “Si tu fueras yo ¿Que sentirías cuando..?, si yo fuera un policía, llevaría un arma, si tu fueras tu hermano, que pensarías cuando..?”.

**Imagen toma de perspectiva.**



Tarjetas toma de perspectiva 3.



## *Sesión 25*

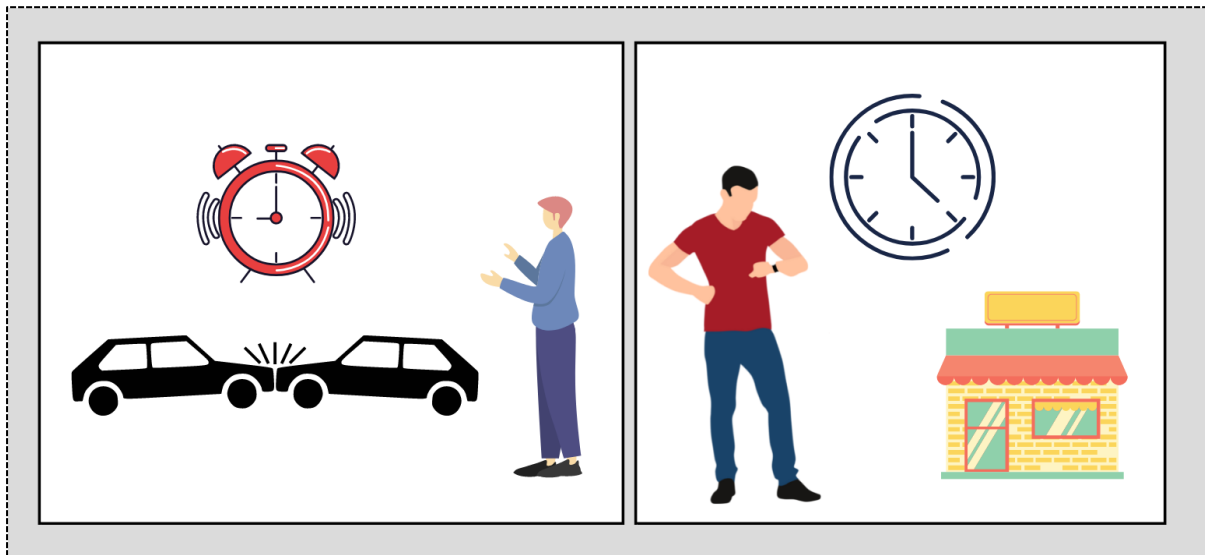
**Descripción.** El objetivo de esta sesión se centra en que el paciente logre comprender la perspectiva de uno de los personajes, tomando en cuenta la información que tienen sobre una historia e intente predecir como se comportaría el personaje. Se provee al paciente la siguiente indicación: “Conoces el cuento de caperucita roja, hoy quisiera contarte una versión diferente”, se narra el cuento que se encuentra en la ficha adjunta, se pregunta la paciente por las diferencias entre la historia tradicional y la que se acaba de contar, se sugiere al terapeuta guiar el razonamiento del niño con preguntas como: ¿Esta historia está narrada por cual personaje del cuento? ¿Cuáles son las diferencias entre las versiones? ¿Crees que el lobo tenía razones para comportarse así? ¿Qué partes de ambas historias son iguales? ¿Por qué crees que hay dos versiones tan diferentes de una misma historia?” Al terminar, se presenta una historia acompañada de refuerzos visuales donde se cuenta una pequeña historia, el paciente debe realizar inferencias sobre los pensamientos y emociones de cada uno de los personajes y se debe solicitar que responda a las preguntas: “¿Qué crees que va a ser el personaje A? ¿Por qué crees eso? ¿Qué crees que va hacer el personaje B? ¿Por qué crees eso?”.

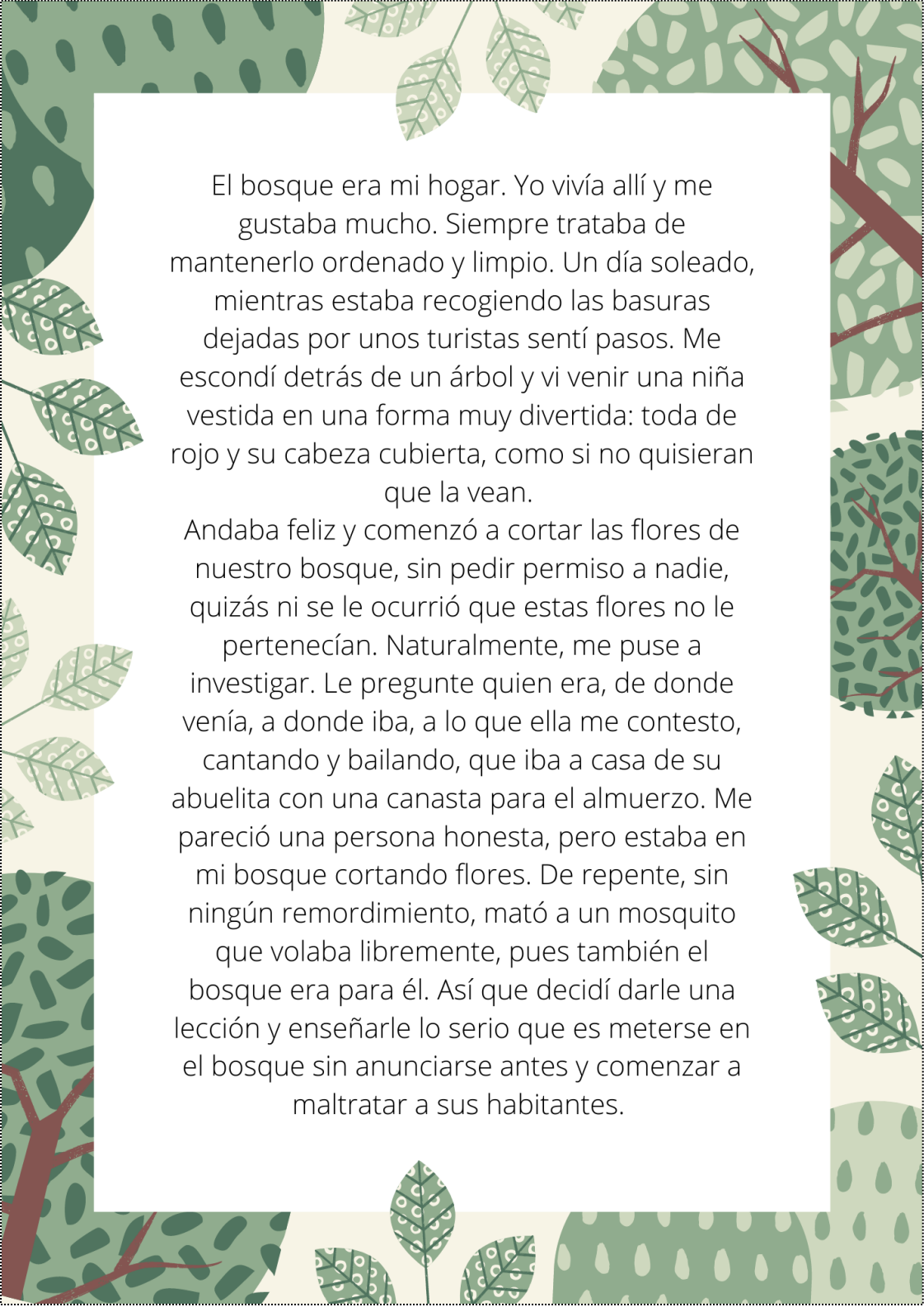
Historia 1: Samuel y Ricardo quedaron de encontrarse a las 3:00pm, son las 4pm y Ricardo ha estado esperando a su amigo por 1 hora y piensa que su amigo olvidó el compromiso. Samuel llega tarde ya que tuvo un problema con su carro. ¿Cómo se siente Samuel? ¿Cómo se siente Ricardo? ¿Qué piensa Ricardo? ¿Qué piensa Samuel?.

**Materiales.** Ficha con cuento de caperucita roja. Tarjetas toma de perspectiva 4.

**Tarea para casa.** La familia puede utilizar cuentos, narraciones infantiles tradicionales o películas, deberán parar la narración o escena en un momento de la historia y preguntar al paciente por lo que sucede en la escena, qué puede estar pensando o sintiendo uno de los personajes y qué hará a continuación. Pueden direccionar al paciente en la respuesta y luego continuar con la escena para que este corrobore si sus predicciones fueron ciertas.

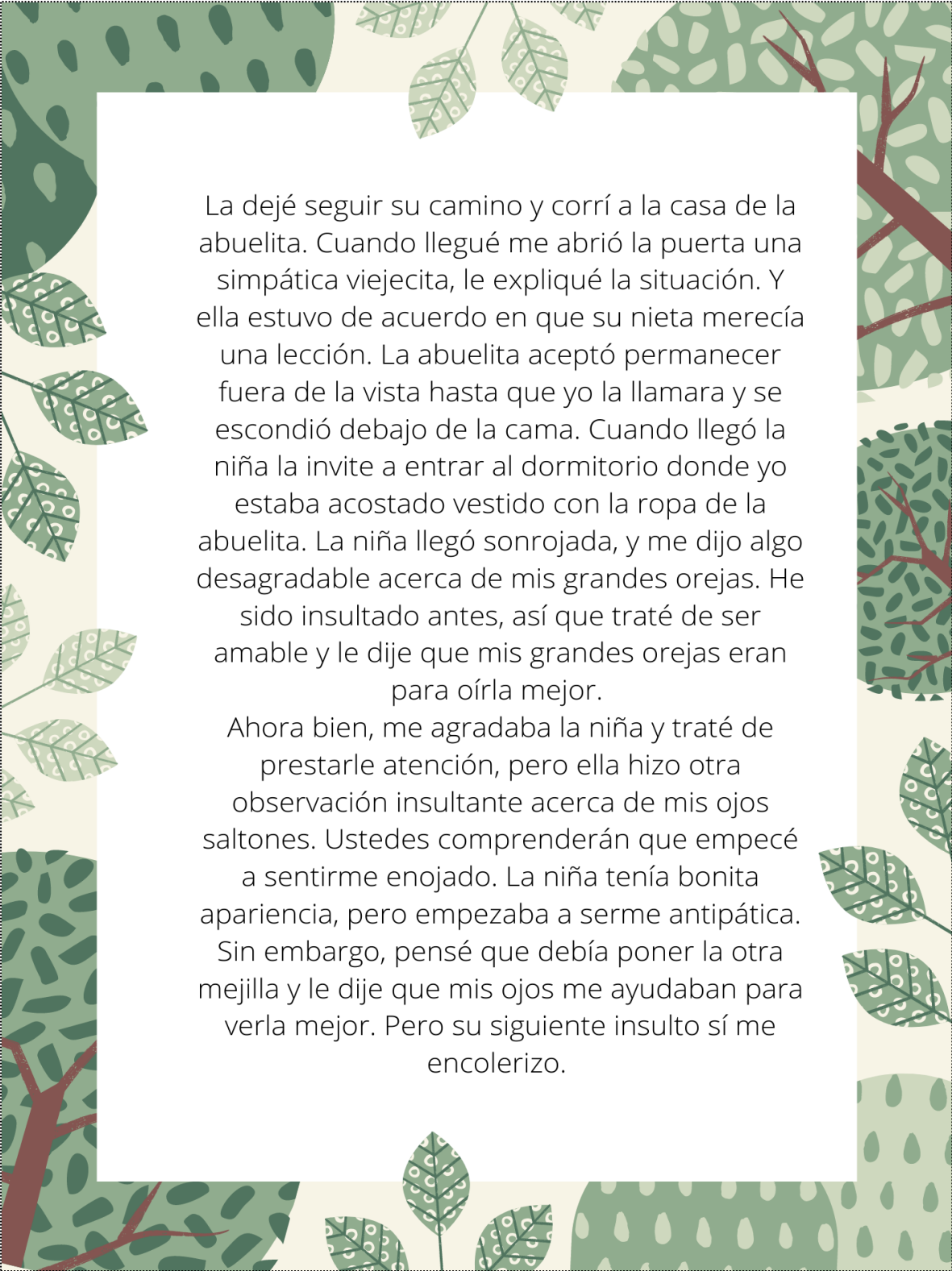
**Tarjetas toma de perspectiva 4.**



**Ficha con cuento de caperucita roja.**

El bosque era mi hogar. Yo vivía allí y me gustaba mucho. Siempre trataba de mantenerlo ordenado y limpio. Un día soleado, mientras estaba recogiendo las basuras dejadas por unos turistas sentí pasos. Me escondí detrás de un árbol y vi venir una niña vestida en una forma muy divertida: toda de rojo y su cabeza cubierta, como si no quisieran que la vean.

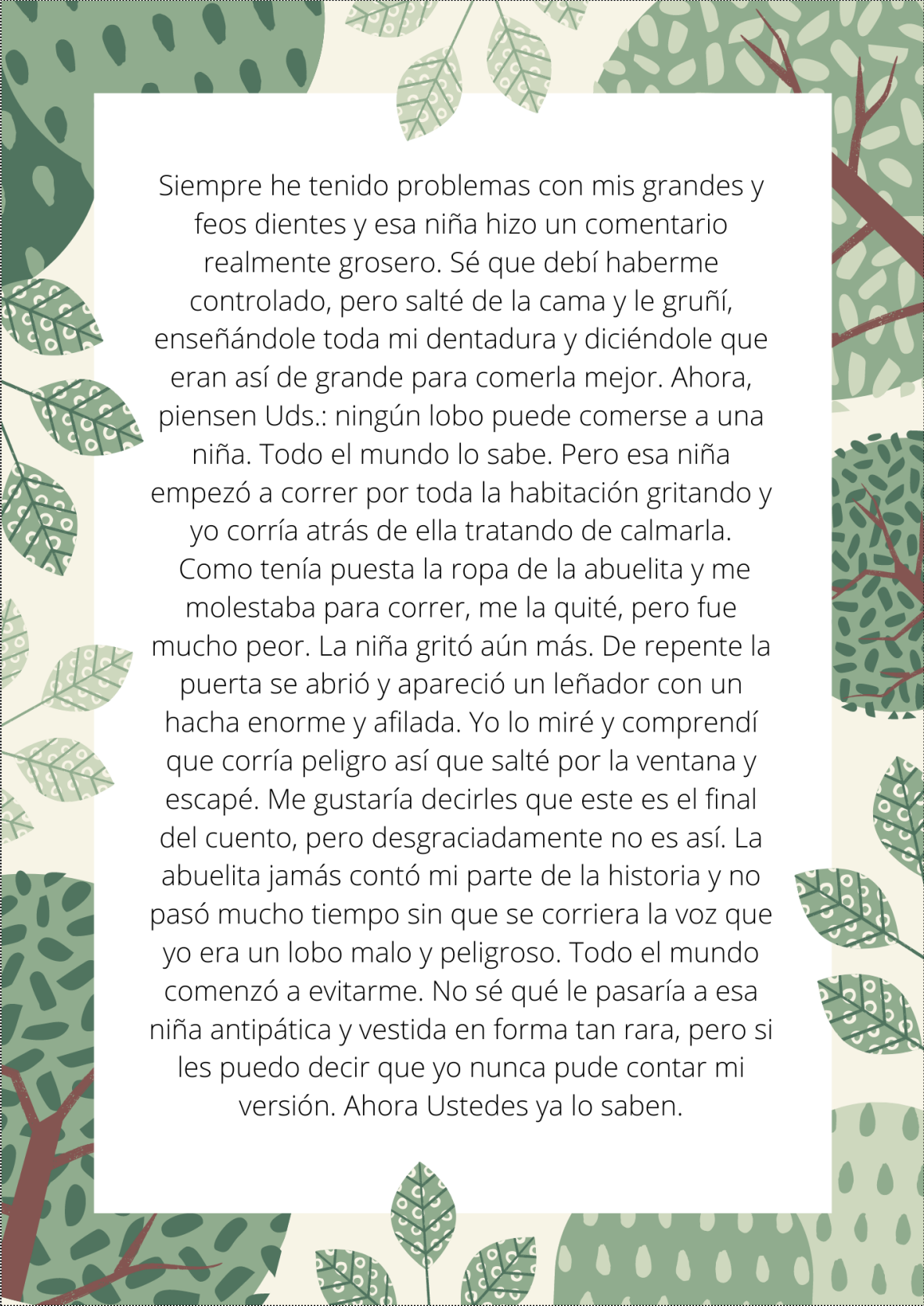
Andaba feliz y comenzó a cortar las flores de nuestro bosque, sin pedir permiso a nadie, quizás ni se le ocurrió que estas flores no le pertenecían. Naturalmente, me puse a investigar. Le pregunté quien era, de donde venía, a donde iba, a lo que ella me contestó, cantando y bailando, que iba a casa de su abuelita con una canasta para el almuerzo. Me pareció una persona honesta, pero estaba en mi bosque cortando flores. De repente, sin ningún remordimiento, mató a un mosquito que volaba libremente, pues también el bosque era para él. Así que decidí darle una lección y enseñarle lo serio que es meterse en el bosque sin anunciarse antes y comenzar a maltratar a sus habitantes.



La dejé seguir su camino y corrí a la casa de la abuelita. Cuando llegué me abrió la puerta una simpática viejecita, le expliqué la situación. Y ella estuvo de acuerdo en que su nieta merecía una lección. La abuelita aceptó permanecer fuera de la vista hasta que yo la llamara y se escondió debajo de la cama. Cuando llegó la niña la invite a entrar al dormitorio donde yo estaba acostado vestido con la ropa de la abuelita. La niña llegó sonrojada, y me dijo algo desagradable acerca de mis grandes orejas. He sido insultado antes, así que traté de ser amable y le dije que mis grandes orejas eran para oírla mejor.

Ahora bien, me agradaba la niña y traté de prestarle atención, pero ella hizo otra observación insultante acerca de mis ojos saltones. Ustedes comprenderán que empecé a sentirme enojado. La niña tenía bonita apariencia, pero empezaba a serme antipática. Sin embargo, pensé que debía poner la otra mejilla y le dije que mis ojos me ayudaban para verla mejor. Pero su siguiente insulto sí me encolerizo.





Siempre he tenido problemas con mis grandes y feos dientes y esa niña hizo un comentario realmente grosero. Sé que debí haberme controlado, pero salté de la cama y le gruñí, enseñándole toda mi dentadura y diciéndole que eran así de grande para comerla mejor. Ahora, piensen Uds.: ningún lobo puede comerse a una niña. Todo el mundo lo sabe. Pero esa niña empezó a correr por toda la habitación gritando y yo corría atrás de ella tratando de calmarla. Como tenía puesta la ropa de la abuelita y me molestaba para correr, me la quité, pero fue mucho peor. La niña gritó aún más. De repente la puerta se abrió y apareció un leñador con un hacha enorme y afilada. Yo lo miré y comprendí que corría peligro así que salté por la ventana y escapé. Me gustaría decirles que este es el final del cuento, pero desgraciadamente no es así. La abuelita jamás contó mi parte de la historia y no pasó mucho tiempo sin que se corriera la voz que yo era un lobo malo y peligroso. Todo el mundo comenzó a evitarme. No sé qué le pasaría a esa niña antipática y vestida en forma tan rara, pero si les puedo decir que yo nunca pude contar mi versión. Ahora Ustedes ya lo saben.

## **Sesión 26**

**Descripción.** El objetivo de esta sesión es que el paciente logre tomar una perspectiva diferente a la dada, tomando en cuenta la información que tiene sobre una historia e intente predecir como se comportaría el personaje.

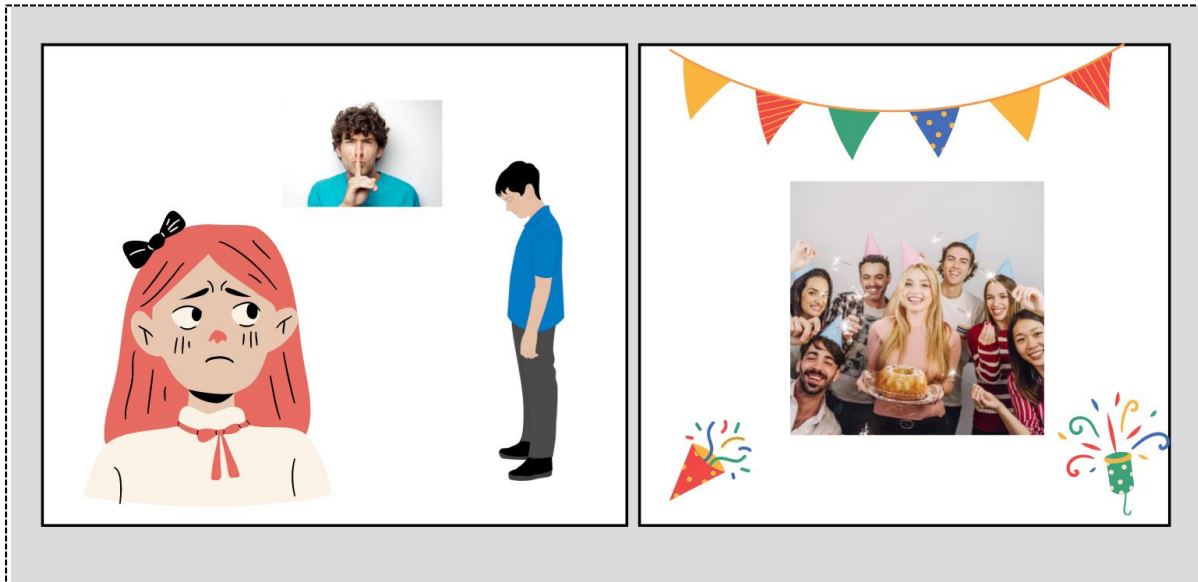
Se brinda al paciente la siguiente indicación: “Muy bien, ahora me gustaría que observaras estas imágenes, vamos a ver algunas historias y al final vas a responder algunas preguntas”. Se sugiere al terapeuta usar preguntas guía como: “¿Qué piensa el personaje A? ¿Qué piensa el personaje B? ¿Qué crees que va a hacer ahora el personaje A? ¿Qué crees que va a hacer ahora el personaje B? ¿Cómo se sienten cada uno de los personajes? ¿Por qué se sienten de esa manera?” “¿Qué crees que va a ser el personaje A? ¿Por qué crees eso? ¿Qué crees que va a hacer el personaje B? ¿Por qué crees eso?”.

Al finalizar la tarea, se realizará la evaluación final de ToM y se hace el cierre del proceso con el paciente.

**Historia:** Es el cumpleaños de Laura, sus amigos han preparado una fiesta, pero es sorpresa, así que nadie la felicita. Laura le dice a Sebastián, su mejor amigo, que es un mal amigo por no recordar su cumpleaños, pero él no puede decirle nada para no arruinar la sorpresa.

**Materiales.** Tarjeta de toma de perspectiva 4. Tareas de medición de ToM.

### Tarjeta de toma de perspectiva 4.



### Sesión 27

**Descripción.** Sesión grupal N° 2. El objetivo de este encuentro es entrenar en contextos sociales con pares, los procesos estimulados anteriormente. Antes de iniciar, el terapeuta debe considerar anticipar de forma adecuada, realizar un encuadre pertinente e iniciar con una actividad rompehielos que favorezca la interacción. Tomando en cuenta las características de las tareas propuestas, se recomienda contar con un espacio amplio. Se proponen tres ejercicios.

Ejercicio 1: Se ubica al grupo por parejas, se repiten algunos de los ejercicios de toma de perspectiva realizados previamente con el terapeuta. Se aconseja seguir el siguiente orden de acciones:

- Paciente A y paciente B frente a frente, paciente A con una pelota azul y paciente B con una pelota roja. Se pregunta siguiendo la esta lógica: “¿De qué color es tu pelota? ¿De qué color es la pelota de tu compañero? ¿Si el tuviera tu pelota, que color tendría? ¿Si tu tuvieras su pelota, que color tendría?”.

- Paciente A y B dándose la espalda, paciente A con objeto pequeño y paciente B con objeto grande verde, para este ejercicio es importante que los pacientes no sepan el tamaño del objeto de su compañero. Se pregunta: “¿Puedes ver el objeto de tu compañero? ¿Él puede ver el tuyo? ¿Sabes de qué tamaño es su objeto? ¿Él sabe el tamaño de tu objeto? ¿Si el fuera tú, podría saber el tamaño de tu objeto?”

- Paciente A y paciente B viendo de lado un objeto, se pregunta: ¿Tu compañero puede ver el objeto? ¿Tú puedes ver el objeto? ¿Qué objeto ves? ¿Qué objeto ve tu compañero? Luego uno de los dos participantes se da la vuelta y se realizan las mismas preguntas.

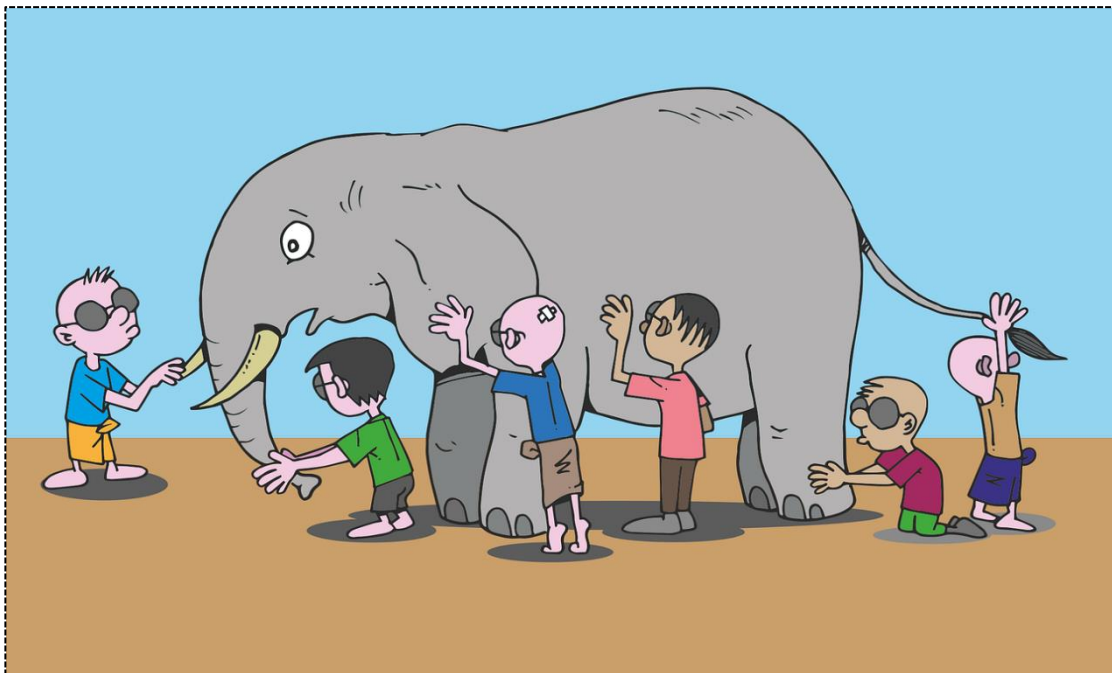
Ejercicio 2: El terapeuta personifica diversas situaciones que corresponden a mentiras, mentiras piadosas e ironías, utilizando los objetos que se encuentran en la sala. Se debe solicitar al grupo que identifique en cada una de las personificaciones, si la frase es una mentira, una mentira piadosa o una ironía, antes de iniciar, se aconseja repasar con el grupo las características de cada tipo de expresión, se recomienda representar mínimo 6 expresiones, dos de cada una. Al finalizar cada situación, es aconsejable preguntar al grupo como llegó a esa conclusión y reafirmar la respuesta correcta dando explicación.

Ejercicio 3: Inicialmente el terapeuta presenta al grupo la imagen de toma de perspectiva del elefante, se explica que todas las personas en la escena son ciegas y que deben adivinar qué es lo que están tocando. Se pide a cada uno de los participantes que escoja uno de los personajes e

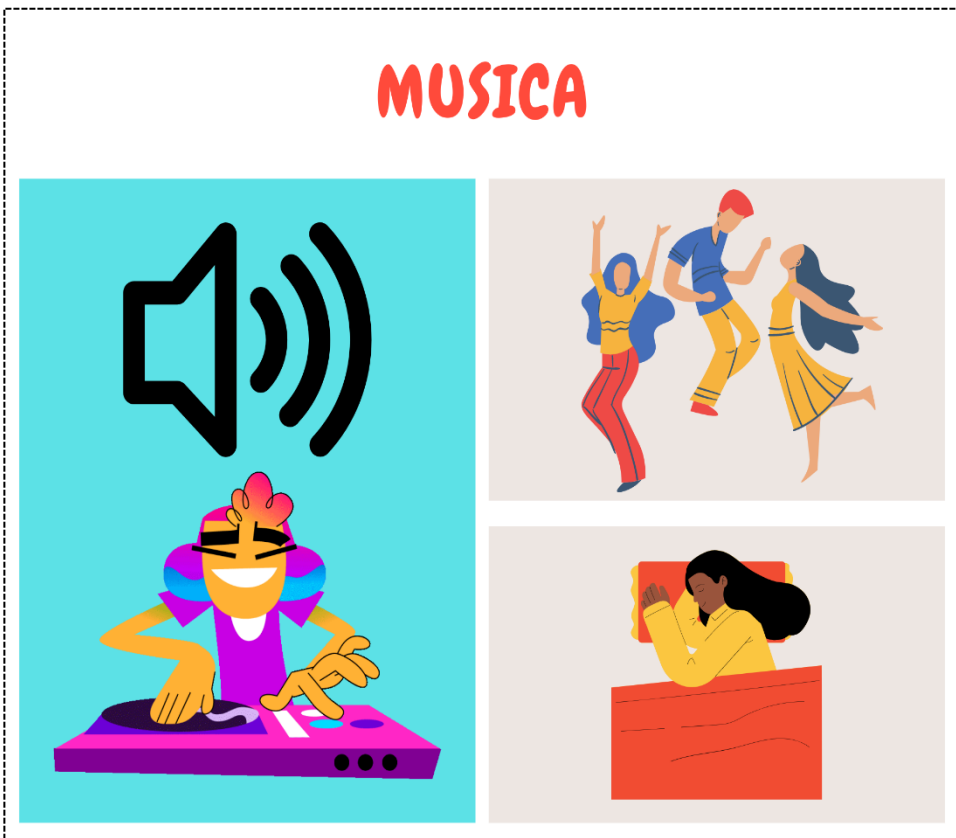
intente decir que podría estar pensando. El terapeuta debe facilitar la comprensión de las diversas perspectivas que pueden tener los personajes basados en la información que poseen. Luego, se presentan una serie de tarjetas donde los participantes deben inferir que piensan y sientan sobre el objeto cada uno de los personajes con base en el contexto de cada uno de ellos.

**Materiales.** Objetos de diferentes tamaños y colores, imagen de perspectiva “el elefante”, tarjetas toma de perspectiva 5.

**Imagen toma de perspectiva “el elefante”.**



Tarjetas toma de perspectiva 5.





### *Sesión 28*

**Descripción.** Encuentro con maestros y/o institución educativa. Se entrega a estos el cuestionario de habilidades sociales para la escuela, como evaluación final. Se recomienda realizar psicoeducación con el entorno sobre el cuadro clínico. Es aconsejable orientar a la escuela en ToM, en las características específicas del paciente y en algunas estrategias para el aula, el terapeuta puede hacer uso del video educativo y la cartilla para maestros, adjuntas a este programa como material de apoyo. Se sugiere indagar por los desempeños en entornos sociales por parte del paciente posteriores a la intervención.

**Materiales.** Video educativo y cartilla de psicoeducación para maestros.

### *Sesión 29*

**Descripción.** Encuentro final de cierre con padres de familia/cuidadores y paciente, se realiza evaluación del cumplimiento de los objetivos propuestos, se entrega informe final de resultados del programa de estimulación, se aconseja brindar estrategias y hacer entrega del material de apoyo usado durante el programa a la familia, para que pueda ser consultado a necesidad y brindar otras fuentes de consulta. Es recomendable orientar a las padres orientaciones para la activación de su red de apoyo tanto a nivel familiar como social. Se diligencia evaluación final por medio del cuestionario de habilidades sociales para casa. De acuerdo a las características del terapeuta o institución de rehabilitación, establecer plan de acción que incluya otras acciones terapéuticas, tratamientos o seguimiento.

**Materiales.** Material de psicoeducación y video educativo, informe final de rehabilitación, cuestionario de habilidades sociales para padres.



## Referencias

- Adams, D., Clark, M., & Keen, D. (2019). Using self-report to explore the relationship between anxiety and quality of life in children on the autism spectrum. *Autism Research, 12*(10), 1505-1515.
- Adibsereshki, N., Nesayan, A., Gandomari, R. A., & Karimlou, M. (2015). The effectiveness of theory of mind training on the social skills of children with high functioning autism spectrum disorders. *Iranian journal of child neurology, 9* (3), 40.
- Aguilar, M. J., Urquijo, S., Zabala, M. L., & López, M. (2014). Aportes empíricos a la validación y adaptación al español de la tarea mentalista de Historias Extrañas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 6*(2), 1-10.
- Alhucema, W. F. P. (2016). La Teoría de la Mente desde el Marco de la Neurociencia Cognitiva Social/Theory of Mind Based on Social and Cognitive Neuro-Science Field. *Psicogente, 19*(35).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andreou, M., & Skrimpa, V. (2020). Theory of mind deficits and neurophysiological operations in autism spectrum disorders: A review. *Brain Sciences, 10*(6), 393.
- Atherton, G., Lummis, B., Day, S. X., & Cross, L. (2019). What am I thinking? Perspective-taking from the perspective of adolescents with autism. *Autism, 23*(5), 1186-1200.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). *Does the autistic child have a "theory of mind" ? Cognition, 21*(1), 37-46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8.
- Baron-Cohen, S., O’Riordan, M., Jones, R., Stone, V.E. & Plaisted, K. (1999). A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 407-418.
- Begeer, S., Gevers, C., Clifford, P., Verhoeve, M., Kat, K., Hoddenbach, E., & Boer, F. (2011). Theory of mind training in children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of autism and developmental disorders, 41*(8), 997-1006.
- Begeer, S., Howlin, P., Hoddenbach, E., Clauser, C., Lindauer, R., Clifford, P., ... & Koot, H. M. (2015). Effects and moderators of a short theory of mind intervention for children with autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Autism Research, 8*(6), 738-748.
- Black, M. H., Chen, N. T., Iyer, K. K., Lipp, O. V., Bölte, S., Falkmer, M., ... & Girdler, S. (2017). Mechanisms of facial emotion recognition in autism spectrum disorders: Insights from eye tracking and electroencephalography. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 80*, 488-515.

Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in mental health nursing*, 37(3), 153-163.

Bottema-Beutel, K., Kim, S. Y., & Crowley, S. (2019). A systematic review and meta-regression analysis of social functioning correlates in autism and typical development. *Autism Research*, 12(2), 152-175.

Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.

Caillaud, M., Bejanin, A., Laisney, M., Gagnepain, P., Gaubert, M., Viard, A., ... & Desgranges, B. (2020). Influence of emotional complexity on the neural substrates of affective theory of mind. *Human brain mapping*, 41(1), 139-149.

Calderón, L., Congote, C., Richard, S., Sierra, S., & Vélez, C. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *CES Psicología*, 5(1), 77-90.

Campisi, L., Imran, N., Nazeer, A., Skokauskas, N., & Azeem, M. W. (2018). Autism spectrum disorder. *British medical bulletin*, 127(1) 91-100.

Cardona, M. L. C., Gómez, I. E., Acosta, D. S., & Carvajal-Castrillón, J. (2019). Caracterización clínica de niños, niñas y adolescentes atendidos en una unidad de neuropsicología de Medellín, Colombia. *Rev. Chil. Neuropsicol*, 14(2), 40-44.

Carlsson, E., Miniscalco, C., Gillberg, C., & Johnels, J. Å. (2018). Assessing false-belief understanding in children with autism using a computer application: A pilot study. *Journal of psycholinguistic research*, 47(5), 1085-1099.

Conway, J. R., & Bird, G. (2018). Conceptualizing degrees of theory of mind. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(7), 1408-1410.

Coronado, R. C. (2019). La intervención en el trastorno del espectro autista en las alteraciones en intersubjetividad y la teoría de la mente. *Educación*, 25(1), 67-78.

Diaz Aguado, M. J., & Royo Garcia, P. (1995). La evaluación de la competencia socioemocional a través de entrevistas semiestructuradas: CEIC y CEICA. En M. J. Diaz Aguado, *Niños con dificultades socioemocionales. Instrumentos de evaluación*. (págs. 8-93). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Dijkhuis, R. R., Ziermans, T. B., Van Rijn, S., Staal, W. G., & Swaab, H. (2017). Self-regulation and quality of life in high-functioning young adults with autism. *Autism*, 21(7), 896-906.

Durrleman, S., Hinzen, W., & Franck, J. (2018). False belief and relative clauses in Autism Spectrum Disorders. *Journal of communication disorders*, 74, 35-44.

Ecker, C., Schmeisser, M. J., Loth, E., & Murphy, D. G. (2017). Neuroanatomy and neuropathology of autism spectrum disorder in humans. In *Translational Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder* (pp. 27-48). Springer, Cham.

Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Kim, Y. S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Yasamy, M. T., & Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*, 5(3), 160–179.

Escudero, A. J., Carranza, J. A., & Huescar, E. (2013). Aparición y desarrollo de la atención conjunta en la infancia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(2), 404-412.

Fernandez Gonzalo, S., Jodar Vicente, M., Muñoz Marrón, E., Redolar Ripoll, D., Tirapu Ustárroz, J., & Turon Viñas, M. (2016). *Neuropsicología de las funciones ejecutivas*. Obtenido de Universidad Abierta de Cataluña:  
[http://cv.uoc.edu/annotation/ae1ef3c834432d3e55a8279603e53f37/645605/PID\\_00241620/PID\\_00241620.html#w31aac11b9b5c15](http://cv.uoc.edu/annotation/ae1ef3c834432d3e55a8279603e53f37/645605/PID_00241620/PID_00241620.html#w31aac11b9b5c15)

Fletcher-Watson, S., McConnell, F., Manola, E., & McConachie, H. (2014). Interventions based on the Theory of Mind cognitive model for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane database of systematic reviews*, (3).

García, E. E., Mera, P., & Toledo, D. (2018). Trastorno del espectro autista: caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 26(1), 34-44.

Gernsbacher, M. A., & Yergeau, M. (2019). Empirical failures of the claim that autistic people lack a theory of mind. *Archives of scientific psychology*, 7(1), 102-118.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

Golan, O., Gordon, I., Fichman, K., & Keinan, G. (2018). Specific patterns of emotion recognition from faces in children with ASD: Results of a cross-modal matching paradigm. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(3), 844-852.

Gómez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15) 113-124.

González, M. C., Vásquez, M., & Hernández-Chávez, M. (2019). Autism spectrum disorder: Clinical diagnosis and ADOS Test. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 485-491.

Hamilton, K., Hoogenhout, M., & Malcolm-Smith, S. (2016). Neurocognitive considerations when assessing theory of mind in autism spectrum disorder. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 28(3), 233-241.

Happé, F. G. E. (1994). *An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. Journal of Autism and Developmental Disorders, 24(2), 129–154.* doi:10.1007/bf02172093

Happé, F. G. E. (1995). *Understanding Minds and Metaphors: Insights from the Study of Figurative Language in Autism. Metaphor and Symbolic Activity, 10(4), 275–295.* doi:10.1207/s15327868ms1004\_3

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics, 9(Suppl 1), S55.*

Hofmann, S. G., Doan, S. N., Sprung, M., Wilson, A., Ebesutani, C., Andrews, L. A., ... & Harris, P. L. (2016). Training children's theory-of-mind: A meta-analysis of controlled studies. *Cognition, 150, 200-212.*

Hoogenhout, M., & Malcolm-Smith, S. (2017). Theory of mind predicts severity level in autism. *Autism, 21(2), 242-252.*

Howes, O. D., Rogdaki, M., Findon, J. L., Wichers, R. H., Charman, T., King, B. H., ... & Povey, C. (2018). Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 32(1), 3-29.*

Humphreys, G. W., & Bedford, J. (2011). The relations between joint action and theory of mind: a neuropsychological analysis. *Experimental brain research, 211(3), 357-369.*

Hyman, S. L., Levy, S. E., & Myers, S. M. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics, 145(1).*

Izard, C. E. (2001). Emotional intelligence or adaptive emotions?.

Kana, R. K., Maximo, J. O., Williams, D. L., Keller, T. A., Schipul, S. E., Cherkassky, V. L., ... & Just, M. A. (2015). Aberrant functioning of the theory-of-mind network in children and adolescents with autism. *Molecular autism, 6(1), 1-12.*

Kim, E., Kyeong, S., Cheon, K. A., Park, B., Oh, M. K., Chun, J. W., ... & Song, D. H. (2016). Neural responses to affective and cognitive theory of mind in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Neuroscience letters, 621, 117-125.*

Lai, S. S., Tsai, C. H., Wu, C. C., Chen, C. T., Li, H. J., & Chen, K. L. (2019). Identifying the cognitive correlates of reciprocity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 1-12.*

Leia, J., & Ventola, P. (2018). Characterising the relationship between theory of mind and anxiety in children with Autism Spectrum Disorder and typically developing children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 49, 1-12.

Lepe Martinez, N. F., Ramos-Galarza, C., Ramos, V., Jadán-Guerrero, J., Paredes-Núñez, L., Gómez-García, A., & Bolaños-Pasque, M. (2017). Conceptos fundamentales en la teoría neuropsicológica.

Lin, L. Y., & Huang, P. C. (2019). Quality of life and its related factors for adults with autism spectrum disorder. *Disability and Rehabilitation*, 41(8), 896-903.

Mahya, C. E., Moses, L. J., & Pfeifer, J. H. (2014). How and where: Theory-of-mind in the brain. *Developmental cognitive neuroscience*, 9, 68-81.

Martín García, M. J., Gómez-Becerra, I., Chávez-Brown, M., & Greer, D. (2006). Toma de perspectiva y teoría de la mente: aspectos conceptuales y empíricos. Una propuesta complementaria y pragmática. *Salud mental*, 29(6), 5-14.

Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2017). An overview of autism spectrum disorder, heterogeneity and treatment options. *Neuroscience bulletin*, 33(2), 183-193.

Mazza, M., Mariano, M., Peretti, S., Masedu, F., Pino, M. C., & Valenti, M. (2017). The role of theory of mind on social information processing in children with autism spectrum disorders: A mediation analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(5), 1369-1379.

Meinhardt-Injac, B., Daum, M. M., Meinhardt, G., & Persike, M. (2018). The two-systems account of theory of mind: Testing the links to social-perceptual and cognitive abilities. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 25.

Meléndez, G. A. N. (2010). Evaluación y entrenamiento de la toma de perspectiva: una propuesta analítica funcional. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 141-151.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2015). *Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastorno del espectro autista*. Obtenido de Instituto de evaluación tecnológica en salud: <https://iets.org.co/DocTecnicos/FrmPublicacion.aspx?idarticulo=59>

Monfort, M., & Juárez, I. M. (2001). *En la mente*. Entha.

Montoya-Rodríguez, M. M., Molina, F. J., & McHugh, L. (2017). A review of relational frame theory research into deictic relational responding. *The Psychological Record*, 67(4), 569-579.

Mukerji, C. E., Lincoln, S. H., Dodell-Feder, D., Nelson, C. A., & Hooker, C. I. (2019). Neural correlates of theory-of-mind are associated with variation in children's everyday social cognition. *Social cognitive and affective neuroscience*, 14(6), 579-589.

Mundy, P., Novotny, S., Swain-Lerro, L., McIntyre, N., Zajic, M., & Oswald, T. (2017). Joint-attention and the social phenotype of school-aged children with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(5), 1423-1435.

Mundy, P. (2018). A review of joint attention and social-cognitive brain systems in typical development and autism spectrum disorder. *European Journal of Neuroscience*, 47(6), 497-514.

Murza, K. A., Schwartz, J. B., Hahs-Vaughn, D. L., & Nye, C. (2016). Joint attention interventions for children with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *International journal of language & communication disorders*, 51(3), 236-251.

Novoa-Sotta, F. (2019). Ética y trastorno del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 473-475.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Autism spectrum disorders*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Parmeggiani, A., Corinaldesi, A., & Posar, A. (2019). Early features of autism spectrum disorder: a cross-sectional study. *Italian journal of pediatrics*, 45(1), 144.

Paynter, J. M., Keen, D., & Rose, V. J. (2016). Systematic review documents limited empirical support for the practical application of the Theory of Mind model of ASD. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 10(3-4), 131-139.

Peters, L. C., & Thompson, R. H. (2018). How teaching perspective taking to individuals with autism spectrum disorders affects social skills: Findings from research and suggestions for practitioners. *Behavior analysis in practice*, 11(4), 467-478.

Peterson, C. C., & Wellman, H. M. (2019). Longitudinal theory of mind (ToM) development from preschool to adolescence with and without ToM delay. *Child development*, 90(6), 1917-1934.

Pineda-Alhucema, W. F. (2017). Sobre la valoración de la Teoría de la Mente. *Psicogente*, 20(38), 218-219.

Pino, M. C., Mazza, M., Mariano, M., Peretti, S., Dimitriou, D., Masedu, F., ... & Franco, F. (2017). Simple mindreading abilities predict complex theory of mind: Developmental delay in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2743-2756.

Rasga, C., Quelhas, A. C., & Byrne, R. M. (2017). How children with autism reason about other's intentions: False-belief and counterfactual inferences. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(6), 1806-1817.

Richardson, H., & Saxe, R. (2020). Development of predictive responses in theory of mind brain regions. *Developmental science*, 23(1), e12863.

Rodríguez, B. G., Marrón, E. M., & Izaguirre, N. G. (2014). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. EDITORIAL UOC, SL.

Rodríguez, M. D. M. L., & Pérez, F. C. (2018). Reconocimiento facial de emociones en el autismo y el fenotipo ampliado del autismo. *Terapeía. Estudios y propuestas en ciencias de la salud*, (10), 113-142.

Russell, J. (2000). *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. Ed. Médica Panamericana.

Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M., & Słopień, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatr Pol*, 31(53), 737-52.

Schaafsma, S. M., Pfaff, D. W., Spunt, R. P., & Adolphs, R. (2015). Deconstructing and reconstructing theory of mind. *Trends in cognitive sciences*, 19(2), 65-72.

Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F., & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 9-34.

Shanok, N. A., Jones, N. A., & Lucas, N. N. (2019). The nature of facial emotion recognition impairments in children on the autism spectrum. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(4), 661-667.

Shen, L., Zhao, Y., Zhang, H., Feng, C., Gao, Y., Zhao, D., ... & Yao, F. (2019). Advances in biomarker studies in autism spectrum disorders. In *Reviews on Biomarker Studies in Psychiatric and Neurodegenerative Disorders* (pp. 207-233). Springer, Cham.

Song, Y., & Hakoda, Y. (2018). Selective impairment of basic emotion recognition in people with autism: discrimination thresholds for recognition of facial expressions of varying intensities. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(6), 1886-1894.

Szumski, G., Smogorzewska, J., Grygiel, P., & Orlando, A. M. (2019). Examining the effectiveness of naturalistic social skills training in developing social skills and theory of mind in preschoolers with ASD. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(7), 2822-2837.

Tine, M., & Lucariello, J. (2012). Unique theory of mind differentiation in children with autism and Asperger syndrome. *Autism research and treatment*, 2012.

Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de neurología*, 44(8), 479-489.

Villanueva-Bonilla, C., Bonilla-Santos, J., Ríos-Gallardo, Á. M., & Solovieva, Y. (2018). Desarrollando habilidades emocionales, neurocognitivas y sociales en niños con autismo. Evaluación e intervención en juego de roles sociales. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 19(3), 43-59.

Waugh, C., & Peskin, J. (2015). Improving the social skills of children with HFASD: An intervention study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2961-2980.

Wiesmann, C. G., Schreiber, J., Singer, T., Steinbeis, N., & Friederici, A. D. (2017). White matter maturation is associated with the emergence of Theory of Mind in early childhood. *Nature Communications*, 8, 14692.

Xiao, Y., Geng, F., Riggins, T., Chen, G., & Redcay, E. (2018). Neural correlates of developing theory of mind competence in early childhood. *NeuroImage*, 184, 707-716.

Zegarra-Valdivia, J., & Chino Vilca, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 189-199.

Zhang, T., Shao, Z., & Zhang, Y. (2016). Developmental steps in theory of mind of typical Chinese children and Chinese children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 210-220.

Zilber, A. (2017). Teorías acerca de la Teoría de la Mente. El rol de los procesos cognitivos y emocionales. *Neuropsicología Latinoamericana*, 9(3) 1- 12.



## Anexo 1. Cronograma de sesiones.

**Tabla 1**

*Cronograma de sesiones*

Sesión	Módulo	Tarea	Observaciones	
1	Entrevista inicial y encuadre con padres de familia	Firma del consentimiento informado, encuadre inicial, expectativas y objetivos del proceso. Psicoeducación alrededor del TEA.	Se entrega a los padres el cuestionario de habilidades sociales para casa y escuela.	
2	Encuadre y evaluación ToM	Encuadre y generación de vínculo con el paciente. Evaluación por medio de observación, cuestionario y entrevista semiestructurada de ToM.	Se aplica al paciente la prueba de medición inicial de ToM.	
3	Reciprocidad social	Ejercicio 1	Incluye tarea de generalización para casa.	
4		Ejercicio 2		
5		Ejercicio 3		
6	Reconocimiento emocional propio	Ejercicio 1		
7		Ejercicio 2		
8		Ejercicio 3		
9	Reconocimiento emocional otros	Ejercicio 1		
10		Ejercicio 2		
11	Encuentro con la familia seguimiento	Seguimiento al proceso, cumplimiento de objetivos parciales. Continuación de psicoeducación en TEA.		Incluye tarea de generalización para casa.
12	Sesión grupal nº 1	Por medio de juego de roles poner en práctica y entrenar los procesos intervenidos.		Se realiza evaluación cualitativa de ToM por medio de observación.
13	Cuadro clínico	Se socializa con el paciente por medio de la cartilla de psicoeducación aspectos relevantes a su diagnóstico y a ToM		Se entrega la cartilla al paciente
14	Reconocimiento emocional otros	Ejercicio 3		

15	Falsas creencias 1º orden	Ejercicio 1	Incluye tarea de generalización para casa.	
16		Ejercicio 2		
17		Ejercicio 3		
18	Falsas creencias 2º orden	Ejercicio 1		
19		Ejercicio 2		
20		Ejercicio 3		
21		Ejercicio 4		
22	Toma de perspectiva	Ejercicio 1	Se aplica al paciente la prueba de medición de ToM final.	
23		Ejercicio 2		
24		Ejercicio 3		
25		Ejercicio 4		
26		Ejercicio 5		
27	Sesión grupal n° 2	Por medio de juego de roles poner en práctica y entrenar los procesos intervenidos.		Se realiza evaluación cualitativa por medio de observación.
28	Encuentro con la escuela	Retroalimentación con la escuela sobre el proceso, sobre ToM y características del paciente, se entregan estrategias y la cartilla de psicoeducación.		Se entrega al docente el cuestionario de habilidades sociales para la escuela.
29	Cierre con la familia y el paciente	Cierre del proceso, evaluación de cumplimiento de objetivos y se brindan estrategias y la cartilla de psicoeducación para casa. Activación de red de apoyo familiar y social para padres.		Se entrega a los padres el cuestionario de habilidades sociales para casa.

*Nota:* Elaboración propia.

## Anexo 2. Consentimiento informado

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado/a con N° de documento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y padre de familia y/o representante de él/la menor \_\_\_\_\_ identificado/a con N° de documento \_\_\_\_\_ manifiesto que he sido informado/a por el profesional, sobre el Programa MI AMIGO TOM para la estimulación cognitiva de la teoría de la mente en niños con trastorno del espectro autista, informo que conozco los objetivos, riesgos y limitaciones de la intervención, así como la duración y metodología del mismo, el/la profesional ha contestado a mis preguntas de forma clara y comprensible. Comprendo la política de protección de datos y el derecho de mi hijo/a o representado/a abandonar el programa en el momento que lo deseemos. En conocimiento de todo lo anterior, autorizó la participación de mi hijo/a o representado/a en el programa y dejo consigna de mi aval por medio de la firma de este documento.

\_\_\_\_\_

C.C

Firma de padre de familia y/o acudiente

\_\_\_\_\_

Firma del profesional

### **Anexo 3. Tareas para evaluar ToM.**

#### **Anne y Sally.**

En el test de Sally y Ana, el paciente observa a Sally quien esconde una canica (existen variaciones con diversos objetos) en una cesta y luego se va; a continuación, Ana toma la canica y la mete en su propia cesta. Al paciente se le realizan preguntas de control para evaluar el recuerdo del evento, al corroborar que evoca lo visto, se le pregunta: ¿Dónde buscará Sally la canica?'. La resolución adecuada de la tarea implica el reconocimiento de que Sally tiene una creencia interna diferente a la propia y a la de Ana y que actuara bajo esta creencia, buscando la canica en su propia cesta (Tirapu-Ustárroz et al., 2007). Para consultar las condiciones específicas de aplicación y profundizar más en la tarea, se recomienda consultar el artículo original de Baron-Cohen et al., de 1985.

#### **Meteduras de patas.**

Publicadas originalmente por Baron-Cohen et al., en 1999, las meteduras de patas o “faux pas” son 20 historias que el paciente debe leer, en 10 de ellas el protagonista ‘mete la pata’ en situaciones sociales y en otras 10, no pasa nada. En el artículo original se encuentran las historias en inglés. Grañana et al., del Laboratorio de Memoria del Hospital A. Zubizarreta en Buenos Aires, proponen una traducción libre al español y Pineda-Alhucema et al., en 2019, realizaron una adaptación al español de las mismas, que se recomienda utilizar al aplicar esta tarea.

### **Historia del heladero.**

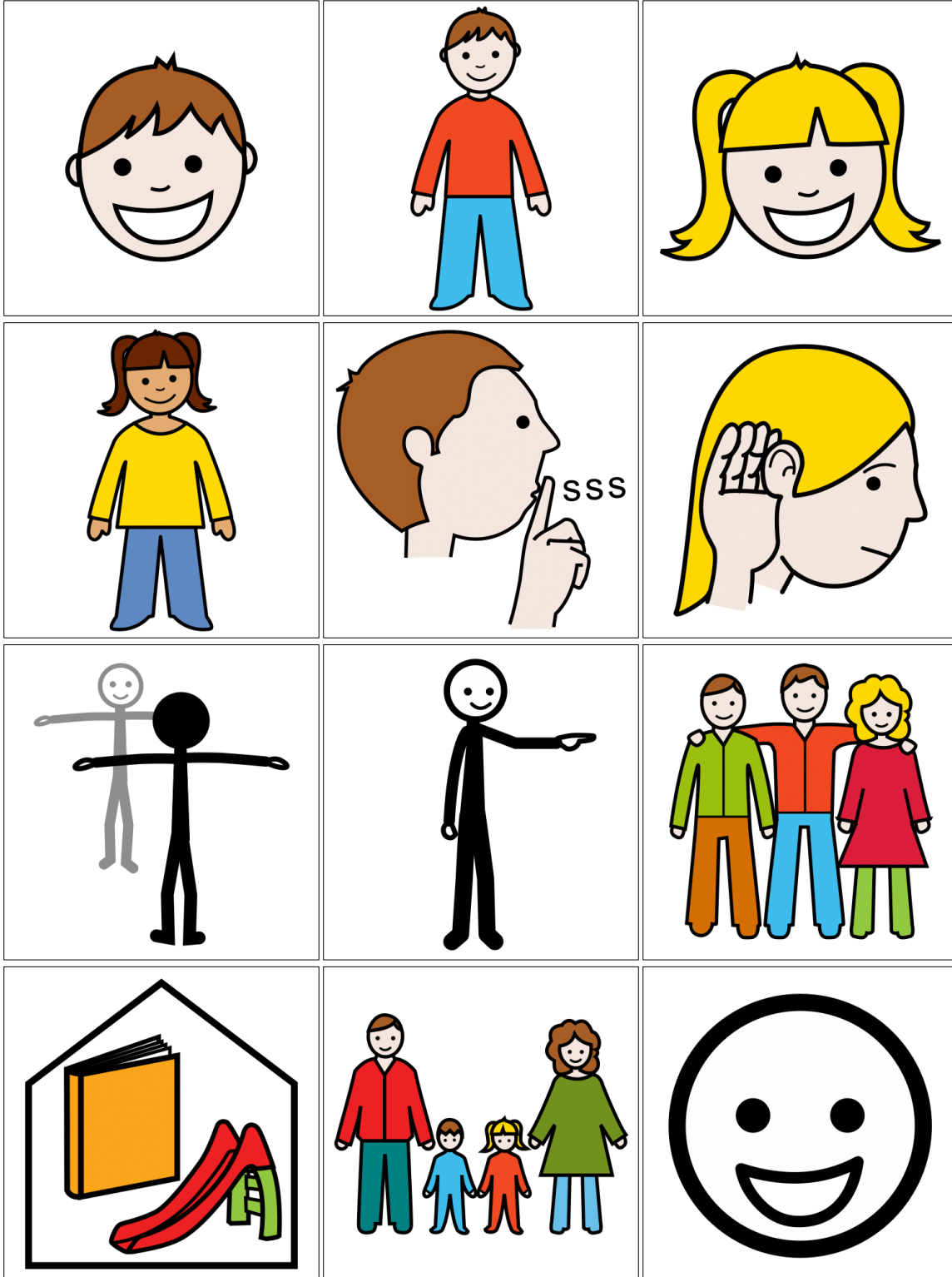
La versión original de esta tarea fue publicada en 1995 por Happé y se relaciona con las falsas creencias de segundo orden, se narra al paciente el siguiente evento:

“Es un día caluroso de verano. Juan y María están sentados en el parque cuando ven llegar una furgoneta de helados. Como no llevan dinero encima, María decide ir a buscar la cartera a su casa. El heladero le asegura que esperará en el parque, pero al cabo de unos minutos Juan ve cómo el heladero arranca la furgoneta para irse. Al preguntarle dónde va, el heladero contesta que se marcha a la zona de la iglesia porque en el parque apenas hay gente. Cuando el heladero va conduciendo camino de la iglesia, María le ve desde la puerta de su casa y le pregunta dónde va. Así, María también se entera de que estará en la iglesia. Por su parte, Juan, que no sabe que María ha hablado con el heladero, va a buscarla a su casa, pero no la encuentra. El marido de María le dice a Juan que ella se ha ido a comprar un helado. Pregunta: ¿Dónde piensa Juan que María habrá ido a buscar al heladero?’. Tirapu-Ustároz et., al (2007).

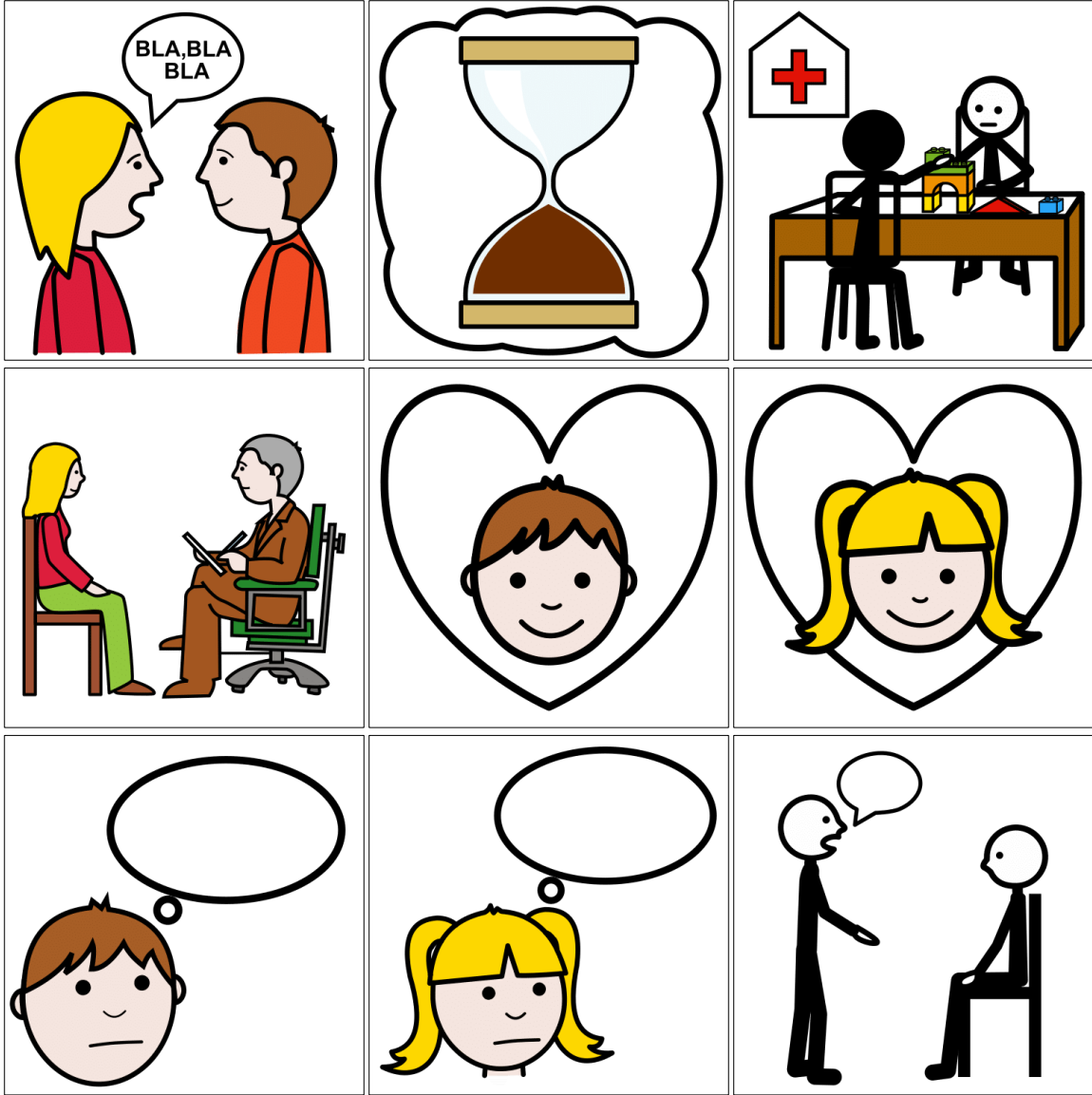
### **Historias extrañas.**

En la tarea de historias extrañas, se busca que el paciente pueda identificar en una narración aspectos como la ironía, la mentira y la mentira piadosa, acompañada de preguntas guías y refuerzos visuales, estos fueron publicadas por Happé en 1994, el artículo original incluye las historias y las imágenes que las acompañan, Aguilar, et al., (2014) realizaron una adaptación al español que puede ser consultada.


Anexo 4. Pictogramas.









A vibrant, cartoon-style illustration of outer space. The background is a deep purple and blue, filled with white stars of various sizes. In the center, a white rocket with blue and green accents is launching upwards, leaving a large, white, cloud-like trail. Two astronauts are floating in space: one on the left is a girl in a white spacesuit with pink accents and a helmet with three pink stars; the other on the right is a boy in a grey spacesuit with red accents. Various colorful planets and celestial bodies are scattered throughout, including a large orange and yellow planet in the top right, a blue and green striped planet in the bottom left, and a ringed planet in the bottom right. The overall scene is bright and cheerful.

"Ser diferente simplemente significa que tienes algo único para ofrecer al mundo".

Scarlett Vespa



¿Soy diferente al resto de los niños?

Todas las personas tenemos características que nos diferencian de los otros, puede que nuestro cabello sea de un color distinto, que nos gusten cosas que a los demás no o que tengamos otras costumbres. Aunque todos merecemos ser tratados con respeto y tenemos los mismos derechos y deberes, es normal que cada uno de nosotros tenga características que lo distingan del resto.



¿Por qué somos distintos de los demás?

En la naturaleza, es común encontrar flores y animales de distintas formas, tamaños y colores, aun dentro de una misma especie, estas características particulares son las que hacen a cada individuo único y especial. Los humanos no son la excepción, nosotros podemos ser diferentes por nuestra apariencia física, como la altura o el color de los ojos. También podemos tener gustos y actividades favoritas que no todos comparten. Además, cada una de las personas del mundo tiene una forma de ser única que lo diferencia de los otros, así como las huellas dactilares.



¿Está mal ser diferente?

No, nuestras diferencias solamente nos hacen únicos. Ser distintos es algo que todos compartimos, aunque cada uno sea diferente por un motivo particular. Esto no significa que debemos tener un trato desigual, que no merezcamos las



mismas oportunidades o que no tengamos los mismos deberes. Todos tenemos puntos débiles y puntos fuertes, cosas que hacemos muy bien y otras que son más difíciles, conocerlas nos ayuda a mejorar y a comprender más a los otros.



¿Qué significa tener autismo?

El autismo es una condición con la que se nace y que dura toda la vida, es una manera especial de ser diferente donde a veces puede ser difícil comunicarse o relacionarse con otras personas. Los niños con autismo puede que no sepan que les pasa y no entender porque a veces tienen problemas para integrarse con otros niños. Si tienes autismo, no te preocupes, no significa que hay algo malo contigo o que estás haciendo las cosas mal, significa que tienes una forma diferente de ver el mundo y a las personas y puede que necesites ayuda para entender mejor algunas situaciones.



¿Es mi culpa tener autismo?

No, aún no sabemos con seguridad qué causa el autismo, lo que sí conocemos es que no se elige tenerlo, no es contagioso y no es culpa de los padres o los niños que se desarrolle. Es una característica que viene en nuestros genes, al igual que nuestra altura o el color de piel. Recuerda que tener autismo no es algo malo y que no debes culparte por tenerlo.





¿Otros niños tienen autismo?

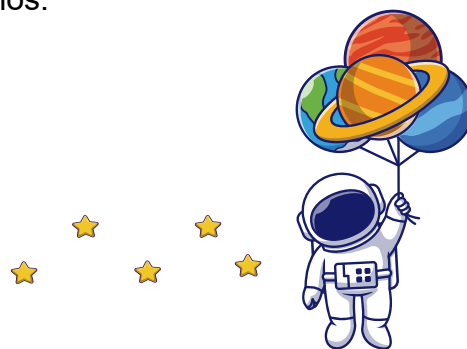
¡Sí! El autismo es muy frecuente, es probable que en tu barrio o en tu escuela haya otros niños con autismo. En la ciudad y en el mundo podrás encontrar muchos otros niños con tus mismas características.



¿Qué puede pasarme si tengo autismo?

Puede pasar que tengas problemas para relacionarte ó para comunicarte con otros niños, también que algunas situaciones sociales sean difíciles de comprender, como cuando tus compañeros hacen bromas o hablan de ciertos temas. A veces puede que no comprendas porque no tienes amigos o que digas cosas que lastimen a otros sin querer. También puede que no te gusten los cambios y que prefieras que las cosas se hagan de la misma forma siempre. Algunas veces ciertos ruidos o sensaciones pueden molestarte y puede que hagas algunos movimientos o ruidos que no hacen otros niños.

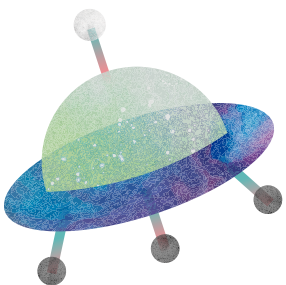
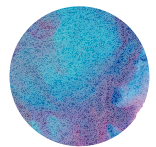
Todas estas situaciones pueden ponerte triste o ansioso, es importante que sepas que sentirte así es normal, recuerda que tu familia, maestros y conocidos te aman y quieren ayudarte siempre. Tener autismo no elimina todas tus cualidades y fortalezas, aquellas cosas que haces bien y que te gustan, para las que eres bueno y disfrutas siguen siendo parte de ti, por lo que no hay razones para que no puedas participar de todas las actividades como los otros niños.





¿Qué podemos hacer si tengo autismo?

Recuerda que todos somos diferentes por distintas razones y eso está bien, todos tenemos cosas que hacemos mejor que otras, en aquellas donde no somos tan buenos debemos aprender cómo hacerlas mejor. Ten presente que tu familia, maestros y terapeutas siempre van a estar ahí para ti, dispuestos a ayudarte y a guiarte en todo momento.



## Bibliografía ★

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Conway, J. R., & Bird, G. (2018). Conceptualizing degrees of theory of mind. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(7), 1408-1410.

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55.

Ministerio Nacional de Educación de Colombia. (2017). *Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva*. Obtenido de Ministerio Nacional de Educación de Colombia: [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293\\_foto\\_portada.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293_foto_portada.pdf)

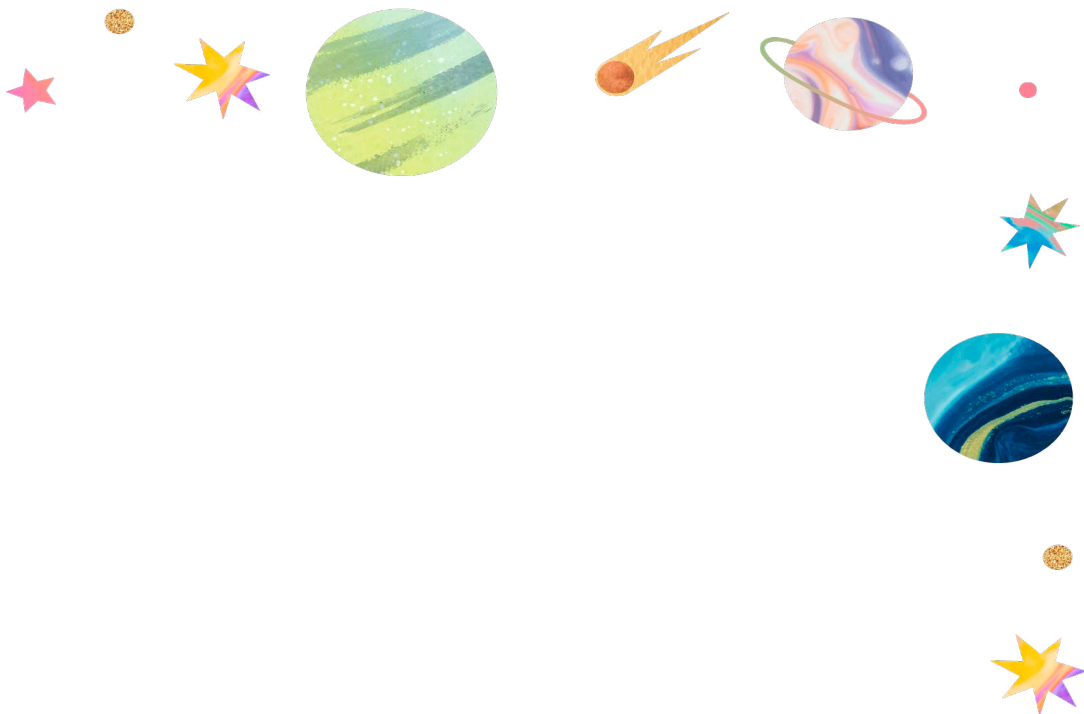
Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1421 de 2017.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Autism spectrum disorders*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(6), 565-581.

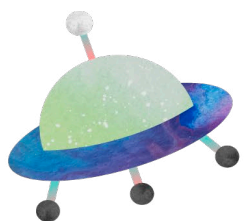
Vermeulen, P. (2015). *Soy especial, informando a los niños y jóvenes sobre su trastorno del espectro autista*. Obtenido de Infoautismo: <https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/07/19.-soy-especial.pdf>





"Ser artista no me hace menos humano.  
Simplemente me hace ser quien soy.  
Igual que tú eres tú".

Tina J. Richardson



## Nuestro amigo Tom ✨

Tom es un niño muy particular, algunas personas dirían que es especial. Hace unos meses entró al colegio a tercer grado de primaria y desde los primeros días, sus profesores notaron que no parecía ser igual a los otros niños. Al inicio, no mostró curiosidad por sus compañeros de clase, le gustaba jugar solo, rara vez miraba a las personas a los ojos y no parecía escuchar cuando se le llamaba. Aunque es muy inteligente y en casa, todo aparenta marchar bien, algo parecía raro.

A Tom aún le cuesta decir algunas palabras y es más bien callado, sin embargo, en las clases ha demostrado conocer de muchos temas y tener buenas capacidades, si bien no le llaman la atención la mayoría de los contenidos, él prefiere conocer sobre los dinosaurios y el espacio ¡podría pasar toda una tarde aprendiendo sobre ellos! Es claro que no le gusta la plastilina o colorear, es algo torpe, agarra el lápiz de forma extraña y no es muy hábil para los deportes.

A Tom no le gustan los ruidos fuertes, como el que hacen sus compañeros o la profesora cuando gritan o el de los himnos durante los actos cívicos, tampoco soporta la textura del pegamento y se siente aturdido cuando las personas lo tocan sin avisarle. A pesar de ser un niño noble y de gran corazón, le cuesta mucho hacer nuevos amigos y relacionarse, en los meses que lleva solo ha logrado compartir con un amigo. Tom es muy inteligente, aprende fácil y se porta bien, pero cuando hay un cambio en su rutina, suele hacer grandes pataletas ya que es muy inflexible y le cuesta asumir los cambios, es esos momentos le gusta caminar en círculos pequeños mientras sacude sus manos, esto le ayuda a calmarse.





En el aula, ha pasado que le cuesta entender las situaciones sociales nuevas, como un cumpleaños o una obra de teatro y suele ser muy directo con sus opiniones sobre sus compañeros, por lo que más de una vez ha metido la pata sin quererlo. Él es muy literal y no comprende algunos chistes, entonces se molesta y reacciona llorando, algunos profesores han pensado que es muy tímido o mimado, otros que es grosero porque no sostiene la mirada y algunos que es apático porque no expresa bien sus emociones.

En el colegio, le ha tomado a todos un tiempo conocerlo y entender que Tom es un niño con trastorno del espectro autista, por eso, algunas cosas son diferentes para él. No son más, no son menos, solo son distintas y que con un poco de comprensión y apoyo ¡todo es posible!





## ¿Qué es el TEA?

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición de origen neurobiológico que aparece en la infancia y continua durante toda la vida. Se considera que es un espectro, ya que cada niño con autismo puede manifestar los síntomas de diferentes formas y en distintos niveles.

Se caracteriza por dificultades en la comunicación y las relaciones sociales, además pueden existir comportamientos e intereses limitados o repetitivos. Los niños con autismo pueden presentar alteraciones en el desarrollo del lenguaje y en el uso de gestos y comportamientos no verbales, especialmente los relacionados a la interacción social. Sus relaciones interpersonales pueden ser escasas o inadecuadas y es común que existan dificultades para interactuar con los otros. Pueden ser personas inflexibles, muy apegadas a las rutinas, presentar movimientos repetitivos, utilizar los objetos de forma extraña, tener un habla estereotipada y alteraciones sensoriales.



## ¿Cómo se manifiesta?

Es frecuente que los niños con TEA presentan un retraso o alteraciones en el desarrollo del lenguaje, pueden demorarse en hablar o decir muy pocas palabras, aquellos que lo hacen, tienden a tener un tono estereotipado que suena extraño, muy formal y con una entonación particular, algunos niños pueden ser muy callados y es frecuente que tengan problemas sostener largas conversaciones cuando no es un tema de su interés, además, se les dificulta entender las metáforas, las mentiras,

los chistes, las ironías o el doble sentido, siendo muy literales en el significado de las cosas. En ocasiones puede aparecer la repetición involuntaria de palabras o frases, este fenómeno se conoce como ecolalia. En el lenguaje no verbal, es común que existan algunos problemas para comunicar o comprender la expresión corporal o los gestos.

En la interacción social es muy frecuente que existan dificultades para sostener la mirada, algunos niños pueden no querer relacionarse y preferir estar o jugar solos. Otros suelen estar muy interesados en hacerlo, pero sus relaciones resultan inadecuadas, es fácil observar dificultad para conectar con los otros, a veces pareciera que no corresponden de igual forma a los intereses, emociones y afecto de los otros, en ocasiones pueden pasar por insensibles o demasiado directos y no tomar en cuenta las emociones de los otros. Para los niños con TEA es difícil comprender los contextos sociales, especialmente los nuevos o muy simbólicos, por lo que pueden ser malentendidos o tener problemas para desenvolverse en este tipo de situaciones.

Suelen ser niños con temas muy específicos e intensos de interés, sobre estos pueden aprender mucha información, aunque se muestren muy poco atentos a lo demás. Una característica muy común en los niños con TEA es la inflexibilidad, son muy apegados a sus rutinas por lo que se les dificulta asumir los cambios o los imprevistos, en estos casos, frecuentemente se presentan estallidos de rabia o pataletas. Además, pueden ser niños testarudos y preferir que las cosas estén o se realicen siempre de la misma forma.



Son habituales la presencia de movimientos repetitivos como el balanceo o el movimiento de las manos, muchas veces tienen un fuerte interés por algunos estímulos como el movimiento de los ventiladores o la luz de una bombilla, sin embargo, se presenta hipersensibilidad a ciertas texturas, olores o sonidos que pueden hacerlos sentir abrumados. Es común que sientan interés por partes de los objetos y no por su totalidad, como las ruedas de los carros o que usen los objetos de forma extraña, ya sea enfilándolos u ordenándolos. Normalmente los niños con autismo tienen una buena memoria, especialmente visual y responden muy bien cuando se presentan refuerzos de este tipo.



¿Qué tan frecuente es?

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud en 2019, en el mundo, 1 de cada 160 niños se encuentra en el espectro del autismo, esta condición es 4.5 veces más frecuente en hombres que en mujeres.



¿A qué edad y cómo se diagnostica?

Aunque su diagnóstico es común entre los 3 y los 5 años se pueden observar síntomas en niños entre los 18 meses y los 24 meses. Los casos de autismo más leve pueden pasar desapercibidos o presentar un diagnóstico tardío, ya que los síntomas pueden ser más sutiles y difíciles de identificar.

Es muy importante, estar atentos a las señales de alerta en el desarrollo, como la ausencia de contacto visual, el retraso en el lenguaje o la falta de interés por las relaciones sociales y consultar con el pediatra o médico tratante para que este active el protocolo y pueda realizarse una evaluación que confirme o descarte la sospecha de TEA.



¿Todos los niños con TEA presentan las mismas dificultades?

No, la gravedad de los síntomas y la expresión de los mismos depende de las características individuales y ambientales de cada niño, así como de la presencia de otras condiciones llamadas comorbilidades, en el TEA es muy frecuente la presencia de déficits cognitivos, del lenguaje, enfermedades médicas, genéticas u otros trastornos del neurodesarrollo, que generan mayor necesidad de apoyo y atención.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV) en su quinta edición en 2013, propone tres niveles de gravedad para el TEA de acuerdo a las necesidades de apoyo que se hacen necesarias para cada niño, el grado 3 es el de mayores requerimientos mientras que el nivel 1 se caracteriza por un tener un mayor grado de funcionamiento y requerir de menos ayudas.





¿Cuáles son las causas?

Aunque se han propuesto múltiples orígenes para esta condición, sus causas continúan siendo desconocidas, si bien se cree que son multifactoriales e involucran componentes genéticos y ambientales. Sabemos por estudios genéticos con gemelos que existe un factor hereditario del 54% y algunos trastornos genéticos como el síndrome de X frágil o de Angelman se asocian comúnmente a esta condición. También, se han investigado factores de riesgo, como la edad de los padres, la prematuridad o alteraciones en el embarazo para explicar su aparición. Actualmente, aún se desconoce una causa común para este trastorno.



¿Existe alguna explicación?

Si bien, no existe un consenso sobre lo que ocurre en el TEA, una de las explicaciones más aceptadas señala una alteración en la organización, conexión y maduración de algunas partes y circuitos del cerebro, evidencias basadas en estudios de neuroimagen y electroencefalograma de niños con autismo, señalan diferencias en estos procesos cerebrales, que indican que las alteraciones se presentan tanto a nivel de la estructura como del funcionamiento del cerebro.



¿Cuál es el mejor tratamiento?

Es muy importante que los niños con TEA reciban tratamiento lo más pronto posible, ya que esto mejora las posibilidades de un buen pronóstico. Se recomienda

que sea atendido por un grupo de varios profesionales que trabajen en conjunto de acuerdo a las fortalezas, habilidades, debilidades y necesidades del niño, tomando en cuenta su contexto familiar y escolar. También se sugiere que se realice acompañamiento a las familias y al entorno escolar.



¿Qué es la Teoría de la Mente y cómo se relaciona con el autismo?

La Teoría de la Mente (ToM) es una competencia que se adquiere durante la niñez y refleja nuestro conocimiento sobre la existencia de una mente propia, el reconocimiento de que los otros tienen una y que esta, es diferente a la nuestra. ToM es la capacidad que nos permite predecir y comprender los comportamientos de los otros en función de sus creencias o deseos, sabiendo que estos pueden o no corresponder a la realidad. Los niños con autismo pueden presentar dificultades en ToM, especialmente para realizar inferencias sobre las intenciones, pensamientos y estados emocionales de los otros, un funcionamiento social apropiado requiere, entre otras cosas, de la realización de estas deducciones, por lo que fortalecer ToM en los niños con autismo puede llevar a que sus habilidades sociales mejoren.



¿Cómo puedo estimular el desarrollo de ToM en el colegio?

Puedes fortalecer el reconocimiento de las emociones básicas tanto en sí mismo como en los otros, para esto puedes usar imágenes, cuentos o historietas que permitan enseñarle como se ven las expresiones de cada emoción y que

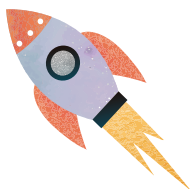
sentimientos se asocian a estas. Otra forma incluye la utilización de juegos de roles, donde puedas por medio de la simulación, practicar cómo piensa o qué siente otra persona en una situación social normal, como un cumpleaños o un funeral. Procura interrogar siempre por las suposiciones que él realiza sobre los pensamientos y emociones de los otros, busca mostrarle que pueden estar pensando ellos en esos momentos.

Busca posibilitar espacios de socialización con los niños de su grupo y explícale las situaciones que no comprenda. Intenta compartir tus emociones y pensamientos ante algunas situaciones, comparte con él cómo estos se relacionan con tus expresiones fáciles, tu lenguaje corporal y tus comportamientos. Por último, explícales a sus compañeros sobre las condiciones particulares de tu estudiante, de forma que puedan comprender cuando se presenten malentendidos o este no responda de forma típica ante una situación.

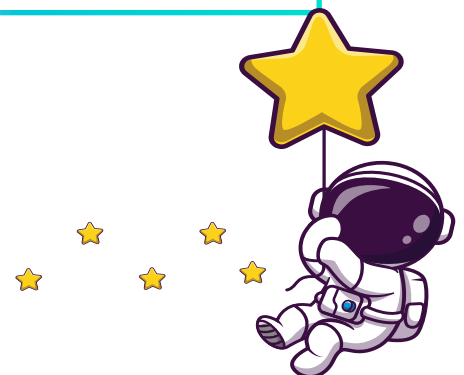




LO QUE PARECE	LO QUE ES
El TEA desaparece con los años	El trastorno del espectro autista es una condición que dura toda la vida, aunque los síntomas pueden variar con los años y la intervención, sus características persisten hasta la vejez.
La causa de TEA son las vacunas	Numerosas investigaciones han probado que no existe relación entre las vacunas y el autismo.
El TEA se produce por problemas familiares o de la crianza	Las causas del autismo no se asocian a un estilo de crianza particular o a problemas familiares.
Los niños con TEA son agresivos	Dentro de los síntomas centrales del autismo no se menciona la agresividad, sin embargo, algunos niños pueden tener respuestas de este tipo ante situaciones estresantes, se recomienda brindar un adecuado tratamiento para poder orientarlas.
Todos los niños TEA tiene un coeficiente intelectual (CI) alto	El trastorno del espectro autista es muy heterogéneo, aunque muchos niños pueden tener un CI normal o alto, es



	común que el TEA pueda presentarse con discapacidad intelectual.
Los niños con TEA viven en un mundo propio	En los casos más graves de TEA es posible encontrar poco interés por la interacción con otros, sin embargo, muchos niños con este trastorno muestran interés por las relaciones sociales, aunque presenten dificultades en esta área.
Los niños con TEA no tienen emociones	Los niños con autismo si tienen emociones y afectos, aunque la manera de entender y expresar estas, es diferente a las de las personas sin autismo.
Los niños con TEA necesitan de una escuela especial	Todas las escuelas deben garantizar un espacio con los apoyos y estrategias necesarias de acuerdo a las condiciones de cada niño con TEA, que faciliten su aprendizaje, inclusión y participación en la vida escolar.

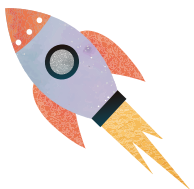




## ¿Cómo puedo detectar el TEA en mi aula de clase?

Si bien las manifestaciones específicas de los síntomas varían en intensidad y en temática para cada niño, existen algunas señales de alerta a las que podemos prestar atención:

2 años	<ul style="list-style-type: none"><li>No usa frases de dos palabras.</li><li>No conoce el uso de objetos cotidianos.</li><li>No imita acciones o palabras.</li><li>No sigue instrucciones simples.</li><li>Pierde habilidades que había adquirido.</li></ul>
3 años	<ul style="list-style-type: none"><li>Tiene problemas de motricidad gruesa.</li><li>Babea o no se le entiende cuando habla.</li><li>No sabe utilizar juguetes sencillos o los usa de forma extraña.</li><li>No usa oraciones para hablar.</li><li>No entiende instrucciones sencillas.</li><li>No imita ni usa la imaginación en sus juegos.</li><li>No quiere jugar con otros niños ni utiliza los juguetes.</li><li>No mira a las personas a los ojos.</li></ul>
4 años	<ul style="list-style-type: none"><li>No salta en un solo pie.</li></ul>



No muestra interés en los juegos interactivos o de imaginación.

Ignora a otros niños o no responde a las personas que no son de la familia.

Rehúsa vestirse, dormir y usar el baño.

No puede relatar su cuento favorito.

No sigue instrucciones de 3 acciones o comandos.

No entiende lo que quieren decir “igual” y “diferente”.

No usa correctamente las palabras “yo” y “tú”, o se refiere a si mismo en tercera persona.

No habla claro.

Pierde habilidades que había adquirido.



5 años – 11 años

Anormalidades en el desarrollo del lenguaje, incluyendo el mutismo. Prosodia atípica o inapropiada.

Ecolalia persistente.

Hablar en tercera persona, cuando se refiere a sí mismo.

Vocabulario inusual o elevado respecto al grupo de niños de su edad.

Uso limitado del lenguaje para la comunicación y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre temas específicos.

Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego grupal.

Falta de conocimiento de 'normas' en el aula.

Fácilmente abrumado por la estimulación social y otros estímulos. Fracaso para relacionarse normalmente con los adultos.

Muestra reacciones extremas a la invasión del espacio personal y resistencia si lo apresuran.

Incapacidad para unirse en el juego de otros niños o intentos inapropiados para participar en el juego.

Falta de conocimiento de 'normas' en el aula.

Falta de juego imaginativo, cooperativo y flexible.

Incapacidad para hacer frente a cambios o situaciones no estructuradas que otros niños disfrutan.



12 años

Dificultades permanentes en los comportamientos sociales, la comunicación y para hacer frente al cambio.

Discrepancia significativa entre la capacidad académica y la inteligencia "social".

La mayoría de las dificultades se presentan en situaciones sociales no estructuradas.

Socialmente 'ingenuo', falta el sentido común, menos independiente que sus compañeros.

Problemas con la comunicación, a pesar de tener un vocabulario amplio y un uso apropiado de la gramática.

Puede ser excesivamente callado, puede hablar a otros en lugar de mantener una conversación, o puede proporcionar información excesiva sobre sus temas de interés.

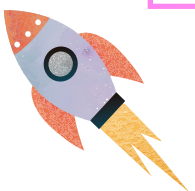
Incapaces de adaptar su estilo de comunicación a situaciones sociales o ser inapropiadamente familiar.

Pueden tener peculiaridades del habla incluyendo, entonación "plana", uso de frases estereotipadas, repetitivo.

Puede tomar las cosas literalmente y no entender el sarcasmo o la metáfora.

Uso inusual de la interacción no verbal.

Dificultad para hacer y mantener amistades con sus pares, puede encontrar más fácil mantener amistad con los adultos o los niños más pequeños.



	<p>Parecer desconocer o mostrarse desinteresado en 'normas' del grupo. Preferencia por los intereses específicos, o puede disfrutar de colecciones, numeración o listas.</p> <p>Pueden tener reacciones inusuales a estímulos sensoriales.</p>
--	--

Adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015

Siempre que identifiquemos alguna alarma, debemos reportarlo e informar a la familia para activar la ruta de atención que permita descartar o confirmar la presencia de alguna alteración en el neurodesarrollo.



¿Qué es la inclusión escolar de los niños con TEA?

De acuerdo al decreto 1421 de 2017, entendemos la educación inclusiva como un proceso permanente que reconoce, valora y responde a las diversas condiciones y características de los estudiantes, promoviendo el aprendizaje y participación en un ambiente común entre pares sin exclusión o discriminación, que garantiza los apoyos y ajustes necesarios para el proceso educativo de los niños y adolescentes con discapacidad.

Es responsabilidad de los maestros y las instituciones educativas crear un currículo flexible, centrado en el estudiante y que incluya un diseño universal de aprendizaje, donde se incluya la diversidad considerando los ajustes y apoyos requeridos en cada área para facilitar el aprendizaje de todos los estudiantes independiente de sus características.

En el caso de los niños con TEA, dependiendo de la gravedad y características de los síntomas, se hará necesario implementar apoyos y ajustes no solo a nivel curricular y de contenidos, sino social y de participación que permita un proceso de enseñanza y aprendizaje integral.



¿Qué puede hacer la escuela para apoyar a un niño con TEA?

★ **Comprensión, ante todo:** Es importante que como docentes entendamos que algunos comportamientos de los niños con autismo no responden a meros caprichos o falta de reglas, en algunas circunstancias, como, por ejemplo, ante el contacto visual o ante cierta estimulación sensorial, su respuesta se debe a una dificultad real para procesar estos estímulos que puede resultar abrumadora y no a conductas desobedientes. Conocer las características del autismo nos permite responder desde la comprensión ante algunas situaciones cotidianas y buscar mejores alternativas para orientar estas conductas, más allá del castigo. Además, facilita que aceptemos las diferencias de nuestro estudiante y podamos respetar y orientar mejor la forma en la que este se relaciona con nosotros y con el mundo.

★ **Inclusión y participación social:** Como educadores tenemos una gran responsabilidad para facilitar la inclusión social y la participación de los niños con autismo en las actividades escolares, el primer paso es educar a los compañeros de clase y a los miembros de la comunidad educativa sobre el TEA para evitar que se presenten burlas o comentarios negativos hacia nuestro estudiante, esto



permitirá mayor comprensión y tolerancia en caso de presentarse dificultades. En segundo lugar y siempre que sea posible, podemos facilitar la participación desde sus fortalezas a los niños con TEA en los grupos de clase, estrategias como un par tutor o las monitorias pueden propiciar espacios de interacción mediados con pares.

★ Refuerzos visuales: Para muchos niños con TEA la mejor forma de presentar la información es de manera visual, la utilización de pictogramas, imágenes o videos que refuercen y complementen el mensaje verbal, facilita la comprensión de instrucciones y contenidos. Es muy importante que utilicemos estos apoyos siempre que sea posible, especialmente cuando vayamos a instaurar una nueva rutina o que el contenido que queramos compartir sea muy abstracto o complejo. Podemos usar estas visuales no solo en el aula, sino en todos los espacios del colegio, de manera que permitan orientar a los niños durante la jornada.

★ Anticipaciones: Los niños con TEA suelen ser inflexibles y muy apegados a sus rutinas por lo que cambios abruptos en la forma en que se realizan las actividades o en los planes pueden producir estallidos de ira o pataletas, una forma de evitar estas respuestas es anticipar las modificaciones, para esto podemos en un espacio tranquilo y si es posible, usando refuerzos visuales, explicar lo que va a ocurrir, señalando en detalle la consecuencia de eventos y brindando la información que el niño necesite para sentirse en control de la situación. Tener una buena comunicación con la familia permite anticipar algunos eventos y novedades de la vida estudiantil.



★ Rutinas claras: Todos los niños necesitan de límites y reglas, en el caso de los niños con autismo tener una rutina diaria con actividades organizadas y distribuidas de acuerdo a horarios resulta muy beneficioso para incluir comportamientos que se desean. Para esto podemos organizar nuestras clases por medio de una agenda diaria que presentemos antes de iniciar el día. Utilizar esta estrategia disminuye los comportamientos indeseados y facilita el desarrollo de las actividades cotidianas, fomentando la autonomía e independencia. No olvides que una forma de clarificar los comportamientos que deseamos es hacerlo de forma explícita, señalando la conducta que queremos desarrollar. La mejor forma de acompañar una rutina es presentarla con refuerzos visuales, podemos utilizar pictogramas o imágenes alusivas para señalar las tareas, el orden y el momento en el que estas se desarrollaran. Recordemos que una clase estructurada y organizada resulta beneficiosa para la mayoría de niños con y sin autismo.

★ Hacer visible lo invisible: En muchas ocasiones suponemos que los niños con TEA comprenden los eventos de la misma forma que las personas sin autismo, pero esto no es así. Cuando identifiquemos que el niño con TEA tiene dificultades para entender o comportarse según lo esperado, intentemos explicar de forma clara y explícita la situación, especialmente las sociales, aunque consideremos que puede ser obvio o que es un conocimiento que damos por sentado, debemos recordar que la forma en la que los niños con TEA experimentan el mundo, es diferente, por lo que debemos enseñar con ejemplos y modelos, las lógicas detrás de algunos eventos.



★ Pataletas y conductas de agresión: Primero, debemos identificar si estas se producen por dificultades en la comprensión o expresión del lenguaje, que generen frustración o si se debe a cambios no anticipados de las rutinas o ante estímulos sensoriales que resulten difíciles de tolerar, en estos casos la mejor manera de resolverlo es utilizar alguna de las estrategias abordadas previamente. Otras estrategias que pueden resultar, es desviar la atención hacia otro objeto o situación, no prestar atención ante estos comportamientos, utilizar el time out o aislamiento mientras dura la pataleta o la contención física, de ser necesaria.

★ Adecuaciones curriculares: Algunas actividades escolares pueden ser difíciles de realizar para un niño con autismo, como las exposiciones, salidas de campo, evaluaciones orales o escritas o actos cívicos, es importante que como colegio estemos dispuestos a realizar los ajustes necesarios de acuerdo a las necesidades y características del contenido y las actividades que se proponen.



## Bibliografía ★

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Conway, J. R., & Bird, G. (2018). Conceptualizing degrees of theory of mind. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(7), 1408-1410.

Cuervo, A. A. V., Rosado, M. E. C., García, J. V., & Martínez, E. A. C. (2009). Creencias erróneas de padres de niños con autismo. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 15-23.

De la Riva, J. A., & Fraile, M. A. (2006). Trastorno de autismo y discapacidad intelectual. *Coord. Del Barrio, J. (2006). Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones. Cap., 3, 77-107.*

Díaz, R. F., & Tena, R. R. (2008). Las emociones en el niño autista a través del comic: estudio de caso. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (33), 5-28.

Ecker, C., Schmeisser, M. J., Loth, E., & Murphy, D. G. (2017). Neuroanatomy and neuropathology of autism spectrum disorder in humans. In *Translational Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder* (pp. 27-48). Springer, Cham.

Gallego Matellán, M. D. (2021). *Guía para la integración del alumnado con TEA en Educación Primaria*. Obtenido de Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra: <https://creena.educacion.navarra.es/web/bvirtual/2018/06/14/guia-para-la-integracion-del-alumnado-con-tea-en-educacion-primaria/>

García, E. E., Mera, P., & Toledo, D. (2018). Trastorno del espectro autista: caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 26(1), 34-44.

Gomez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15) 113-124.

Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 66(Supl 1), S31-8.

Hyman, S. L., Levy, S. E., & Myers, S. M. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1).

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55.



Kimmel, S. R. (2002). Vaccine adverse events: separating myth from reality. *American family physician*, 66(11), 2113.

Martínez, J. L., García, S. A., & Bravo, P. C. (2010). Experiencia educativa sobre la comprensión de emociones y creencias en alumnado con trastornos del espectro autista. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 65-78.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Marzo de 2015). *Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Pr otocolo-TEA-final.pdf>

Ministerio Nacional de Educación de Colombia. (2017). *Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva*. Obtenido de Ministerio Nacional de Educación de Colombia: [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293\\_foto\\_portada.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293_foto_portada.pdf)

Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1421 de 2017.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Autism spectrum disorders*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

Pizarro, H. C., & Retana, G. F. (2007). Mitos que manejan padres y madres acerca del autismo en Costa Rica. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(2), 0.

Reyna, C. (2011). Desarrollo emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de investigación en psicología*, 14(1), 273-280.

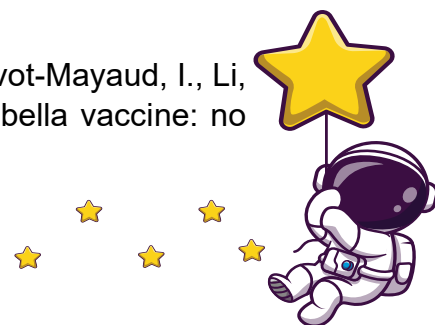
Sanchack, K., & Thomas, C. A. (2016). Autism spectrum disorder: Primary care principles. *American family physician*, 94(12), 972-979.

Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(6), 565-581.

Shen, M. D., & Piven, J. (2017). Brain and behavior development in autism from birth through infancy. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Shen, L., Zhao, Y., Zhang, H., Feng, C., Gao, Y., Zhao, D., ... & Yao, F. (2019). Advances in biomarker studies in autism spectrum disorders. In *Reviews on Biomarker Studies in Psychiatric and Neurodegenerative Disorders* (pp. 207-233). Springer, Cham.

Taylor, B., Miller, E., Farrington, C., Petropoulos, M. C., Favot-Mayaud, I., Li, J., & Waight, P. A. (1999). Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no



epidemiological evidence for a causal association. *The Lancet*, 353(9169), 2026-2029.

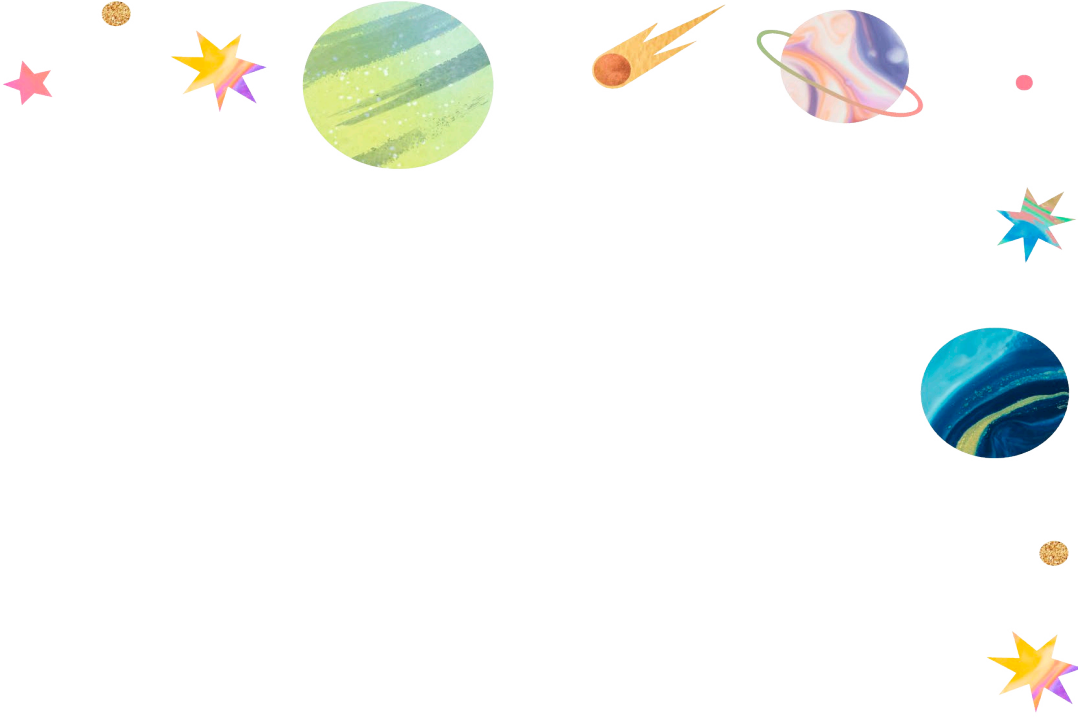
Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L., & Eslick, G. D. (2014). Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*, 32(29), 3623-3629.

Villarreal, A., Hartman, H., Arauz, R., Quevedo, R., & Del Cid, W. (2018). Características más comunes del diagnóstico de trastorno del espectro autista realizado por pediatras. *Conducta Científica*, 1(1), 26-32.

Zegarra-Valdivia, J., & Chino Vilca, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 189-199.

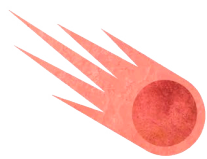
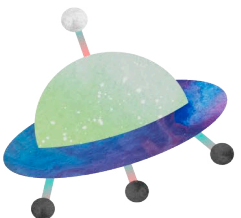
Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.





"El autismo es parte de mi hijo, no es todo lo que él es. Mi hijo es mucho más que un diagnóstico".

Sandra L. Coelho



## Mi Amigo Tom ★

Tom es un niño muy particular, algunas personas dirían que es especial. Nació en un hogar amoroso, con padres muy cariñosos y una hermana mayor que lo esperaba con ansias para tener un compañero de juego y aventuras. Mientras Tom crecía, sus padres notaron algo extraño, su hijo no parecía ser igual a los otros niños, no mostró curiosidad por las personas, jugaba siempre solo y pasaba tiempo en filar los carritos de juguete. Rara vez miraba a sus padres a los ojos y no parecía escuchar cuando se le llamaba.

Cuando entró al colegio, las profesoras observaron que no se interesaba por sus compañeros y pese a ser muy inteligente, no le llamaban la atención los temas de clases, él prefería saber sobre los dinosaurios y el espacio ¡podría pasar toda una tarde aprendiendo sobre ellos! Aunque siempre le ha gustado la música y usar el columpio, él tardó un poco en hablar, aun le cuesta decir algunas palabras y es más bien callado, además es algo torpe, le cuesta agarrar el lápiz o colorear y no es muy hábil para los deportes.

A Tom nunca le han gustado los ruidos fuertes, como el que hace la licuadora o los carros al pitar, también le molesta usar prendas de algodón, le fastidian las etiquetas de la ropa, solo le gusta usar camisetas de color verde y se siente aturdido cuando las personas lo tocan sin avisarle. A pesar de ser un niño noble y de gran corazón, le cuesta mucho hacer nuevos amigos y relacionarse con extraños, aunque en el colegio tenga uno con el que es inseparable. Tom es muy inteligente, aprende fácil y se porta bien,





pero cuando hay un cambio en su rutina, suele hacer grandes pataletas ya que es muy inflexible y le cuesta asumir los cambios, es esos momentos le gusta caminar en círculos pequeños mientras sacude sus manos, esto le ayuda a calmarse.

En casa, Tom es cariñoso con su familia, aunque a veces prefiere pasar tiempo a solas. A él le cuesta entender las situaciones sociales nuevas, como un cumpleaños o una fiesta sorpresa, por lo que más de una vez ha metido la pata sin quererlo. Algunas personas creen que es grosero porque no sostiene la mirada o no responde a extraños y más de una vez, han creído que es apático solo porque no expresa bien sus emociones.

Es cierto que algunas veces su mamá se frustra cuando salen al centro comercial y él se aturde con el ruido, su papá en ocasiones quisiera que Tom fuera aficionado al fútbol como él y su hermana mayor, sueña a ratos con que su hermano juega a las muñecas con ella, a pesar de todos estos deseos, toda la familia ha empezado a entender que Tom es un niño con trastorno del espectro autista y que por eso, algunas cosas son diferentes para él, pero que con un poco de comprensión y apoyo ¡todo es posible!





## ¿Qué es el TEA?

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición de origen neurobiológico que aparece en la infancia y continúa durante toda la vida. Se considera que es un espectro, ya que cada niño con autismo puede manifestar los síntomas de diferentes formas y en distintos niveles.

Se caracteriza por dificultades en la comunicación y las relaciones sociales, además pueden existir comportamientos e intereses limitados o repetitivos. Los niños con autismo pueden presentar alteraciones en el desarrollo del lenguaje y en el uso de gestos y comportamientos no verbales, especialmente los relacionados a la interacción social. Sus relaciones interpersonales pueden ser escasas o inadecuadas y es común que existan dificultades para interactuar con los otros. Pueden ser personas inflexibles, muy apegadas a las rutinas, presentar movimientos repetitivos, utilizar los objetos de forma extraña, tener un habla estereotipada y alteraciones sensoriales.



## ¿Cómo se manifiesta?

Es frecuente que los niños con TEA presentan un retraso o alteraciones en el desarrollo del lenguaje, pueden demorarse en hablar o decir muy pocas palabras, aquellos que lo hacen, tienden a tener un tono estereotipado que suena extraño, muy formal y con una entonación particular, algunos niños pueden ser muy callados y es frecuente que tengan problemas sostener largas conversaciones cuando no es un tema de su interés, además, se les dificulta entender las metáforas, las mentiras, los chistes, las ironías o el doble sentido, siendo muy literales en el significado de las cosas. En

ocasiones puede aparecer la repetición involuntaria de palabras o frases, este fenómeno se conoce como ecolalia. En el lenguaje no verbal, es común que existan algunos problemas para comunicar o comprender la expresión corporal o los gestos.

En la interacción social es muy frecuente que existan dificultades para sostener la mirada, algunos niños pueden no querer relacionarse y preferir estar o jugar solos. Otros suelen estar muy interesados en hacerlo, pero sus relaciones resultan inadecuadas, es fácil observar dificultad para conectar con los otros, a veces pareciera que no corresponden de igual forma a los intereses, emociones y afecto de los otros, en ocasiones pueden pasar por insensibles o demasiado directos y no tomar en cuenta las emociones de los otros. Para los niños con TEA es difícil comprender los contextos sociales, especialmente los nuevos o muy simbólicos, por lo que pueden ser malentendidos o tener problemas para desenvolverse en este tipo de situaciones.

Suelen ser niños con temas muy específicos e intensos de interés, sobre estos pueden aprender mucha información, aunque se muestren muy poco atentos a lo demás. Una característica muy común en los niños con TEA es la inflexibilidad, son muy apegados a sus rutinas por lo que se les dificulta asumir los cambios o los imprevistos, en estos casos, frecuentemente se presentan estallidos de rabia o pataletas. Además, pueden ser niños testarudos y preferir que las cosas estén o se realicen siempre de la misma forma.

Son habituales la presencia de movimientos repetitivos como el balanceo o el movimiento de las manos, muchas veces tienen un fuerte interés por algunos estímulos como el movimiento de los ventiladores o la luz de una bombilla, sin embargo, se presenta hipersensibilidad a ciertas texturas, olores o sonidos que pueden hacerlos sentir



abrumados. Es común que sientan interés por partes de los objetos y no por su totalidad, como las ruedas de los carros o que usen los objetos de forma extraña, ya sea enfilándolos u ordenándolos. Normalmente los niños con autismo tienen una buena memoria, especialmente visual y responden muy bien cuando se presentan refuerzos de este tipo.



¿Qué tan frecuente es?

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud en 2019, en el mundo, 1 de cada 160 niños se encuentra en el espectro del autismo, esta condición es 4.5 veces más frecuente en hombres que en mujeres.



¿A qué edad y cómo se diagnostica?

Aunque su diagnóstico es común entre los 3 y los 5 años se pueden observar síntomas en niños entre los 18 meses y los 24 meses. Los casos de autismo más leve pueden pasar desapercibidos o presentar un diagnóstico tardío, ya que los síntomas pueden ser más sutiles y difíciles de identificar.

Es muy importante, estar atentos a las señales de alerta en el desarrollo, como la ausencia de contacto visual, el retraso en el lenguaje o la falta de interés por las relaciones sociales y consultar con el pediatra o médico tratante para que este active el protocolo y pueda realizarse una evaluación que confirme o descarte la sospecha de TEA.



¿Todos los niños con TEA presentan las mismas dificultades?

No, la gravedad de los síntomas y la expresión de los mismos depende de las características individuales y ambientales de cada niño, así como de la presencia de otras condiciones llamadas comorbilidades, en el TEA es muy frecuente la presencia de déficits cognitivos, del lenguaje, enfermedades médicas, genéticas u otros trastornos del neurodesarrollo, que generan mayor necesidad de apoyo y atención.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV) en su quinta edición en 2013, propone tres niveles de gravedad para el TEA de acuerdo a las necesidades de apoyo que se hacen necesarias para cada niño, el grado 3 es el de mayores requerimientos mientras que el nivel 1 se caracteriza por un tener un mayor grado de funcionamiento y requerir de menos ayudas.




¿Cuáles son las causas?

Aunque se han propuesto múltiples orígenes para esta condición, sus causas continúan siendo desconocidas, si bien se cree que son multifactoriales e involucran componentes genéticos y ambientales. Sabemos por estudios genéticos con gemelos que existe un factor hereditario del 54% y algunos trastornos genéticos como el síndrome de X frágil o de Angelman se asocian comúnmente a esta condición. También, se han investigado factores de riesgo, como la edad de los padres, la prematuridad o


alteraciones en el embarazo para explicar su aparición. Actualmente, aún se desconoce una causa común para este trastorno.

 ¿Existe alguna explicación?

Si bien, no existe un consenso sobre lo que ocurre en el TEA, una de las explicaciones más aceptadas señala una alteración en la organización, conexión y maduración de algunas partes y circuitos del cerebro, evidencias basadas en estudios de neuroimagen y electroencefalograma de niños con autismo, señalan diferencias en estos procesos cerebrales, que indican que las alteraciones se presentan tanto a nivel de la estructura como del funcionamiento del cerebro.

 ¿Cuál es el mejor tratamiento?

Es muy importante que los niños con TEA reciban tratamiento lo más pronto posible, ya que esto mejora las posibilidades de un buen pronóstico. Se recomienda que sea atendido por un grupo de varios profesionales que trabajen en conjunto de acuerdo a las fortalezas, habilidades, debilidades y necesidades del niño, tomando en cuenta su contexto familiar y escolar. También se sugiere que se realice acompañamiento a las familias y al entorno escolar.

 ¿Qué es la Teoría de la Mente y cómo se relaciona con el autismo?

La Teoría de la Mente (ToM) es una competencia que se adquiere durante la niñez y refleja nuestro conocimiento sobre la existencia de una mente propia, el reconocimiento

de que los otros tienen una y que esta, es diferente a la nuestra. ToM es la capacidad que nos permite predecir y comprender los comportamientos de los otros en función de sus creencias o deseos, sabiendo que estos pueden o no corresponder a la realidad. Los niños con autismo pueden presentar dificultades en ToM, especialmente para realizar inferencias sobre las intenciones, pensamientos y estados emocionales de los otros, un funcionamiento social apropiado requiere, entre otras cosas, de la realización de estas deducciones, por lo que fortalecer ToM en los niños con autismo puede llevar a que sus habilidades sociales mejoren.



¿Cómo puedo estimular el desarrollo de ToM en casa?

Puedes fortalecer el reconocimiento de las emociones básicas tanto en sí mismo como en los otros, para esto puedes usar imágenes, cuentos o historietas que permitan enseñarle como se ven las expresiones de cada emoción y que sentimientos se asocian a estas. Otra forma incluye la utilización de juegos de roles, donde puedas por medio de la simulación, practicar cómo piensa o qué siente otra persona en una situación social normal, como un cumpleaños o un funeral. Procura interrogar siempre por las suposiciones que tu hijo realiza sobre los pensamientos y emociones de los otros, busca mostrarle que pueden estar pensando en esos momentos. Busca posibilitar espacios de socialización con otros niños y explícale las situaciones que no comprenda. Por último, intenta compartir tus emociones y pensamientos ante algunas situaciones, comparte con tu hijo cómo estos se relacionan con tus expresiones faciales, tu lenguaje corporal y tus comportamientos.

LO QUE PARECE	LO QUE ES
El TEA desaparece con los años	El trastorno del espectro autista es una condición que dura toda la vida, aunque los síntomas pueden variar con los años y la intervención, sus características persisten hasta la vejez.
La causa de TEA son las vacunas	Numerosas investigaciones han probado que no existe relación entre las vacunas y el autismo.
El TEA se produce por problemas familiares o de la crianza	Las causas del autismo no se asocian a un estilo de crianza particular o a problemas familiares.
Los niños con TEA son agresivos	Dentro de los síntomas centrales del autismo no se menciona la agresividad, sin embargo, algunos niños pueden tener respuestas de este tipo ante situaciones estresantes o presentar otro trastorno, aparte del autismo que explique estos comportamientos, por eso se recomienda brindar un adecuado tratamiento para poder orientarlas.
Todos los niños TEA tiene un coeficiente intelectual alto	El trastorno del espectro autista es muy heterogéneo, aunque muchos niños





	pueden tener un CI normal o alto, es común que el TEA pueda presentarse con discapacidad intelectual.
Los niños con TEA viven en un mundo propio y no tienen interés por los otros	En los casos más graves de TEA es posible encontrar poco interés por la interacción con otros, sin embargo, muchos niños con este trastorno muestran interés por las relaciones sociales, aunque presenten dificultades en esta área.
Los niños con TEA no tienen emociones	Los niños con autismo sí tienen emociones y afectos, aunque la manera de entender y expresar estas, es diferente a las de las personas sin autismo.
Los niños con TEA nunca van a ser independientes y autónomos	Todos los niños con autismo pueden desarrollar, con los correctos apoyos e intervenciones, sus capacidades para lograr la mayor autonomía e independencia que se pueda, de acuerdo a sus capacidades.



¿Qué puede hacer la familia para apoyar a un niño con TEA?

Es muy importante que tanto familiares como personas cercanas al niño, conozcan y se informen alrededor del autismo y sus características, esto permite

comprender mucho mejor las situaciones que ocurren y saber cómo actuar de forma adecuada. Se recomienda que los padres puedan recibir orientación sobre el manejo de los comportamientos que ocurren en casa y que puedan vincularse a redes de apoyo, ya sea con amigos, con otros padres de personas con autismo o con entidades como fundaciones o grupos de apoyo. Siempre se debe acudir a profesionales que puedan orientar un tratamiento basado en la evidencia y es muy importante, seguir las indicaciones que estos nos den respecto a la intervención.



¿Qué estrategias se pueden seguir en casa?

★ **Comprensión, ante todo:** Es importante que como padres entendamos que algunos comportamientos de nuestro hijo con autismo no responden a meros caprichos o falta de reglas, en algunas circunstancias, como, por ejemplo, ante el contacto visual o ante cierta estimulación sensorial, su respuesta se debe a una dificultad real para procesar estos estímulos que puede resultar abrumadora y no a conductas desobedientes. Conocer las características del autismo nos permite responder desde la comprensión ante algunas situaciones cotidianas y buscar mejores alternativas para orientar estas conductas, más allá del castigo. Además, facilita que aceptemos las diferencias de nuestro hijo y podamos respetar y orientar mejor la forma en la que este se relaciona con nosotros y con el mundo.

★ **Refuerzos visuales:** Para muchos niños con TEA la mejor forma de presentar la información es de manera visual, la utilización de pictogramas, imágenes o videos que

refuercen y complementen el mensaje verbal, facilita la comprensión de instrucciones y contenidos. Es muy importante que utilicemos estos apoyos siempre que sea posible, especialmente cuando vayamos a instaurar una nueva rutina o que el contenido que queramos compartir sea muy abstracto o complejo.

★ Anticipaciones: Los niños con TEA suelen ser inflexibles y muy apegados a sus rutinas por lo que cambios abruptos en la forma en que se realizan las actividades o en los planes pueden producir estallidos de ira o pataletas, una forma de evitar estas respuestas es anticipar las modificaciones, para esto podemos en un espacio tranquilo y si es posible, usando refuerzos visuales, explicar lo que va a ocurrir, señalando en detalle la consecuencia de eventos y brindando la información que el niño necesite para sentirse en control de la situación.

★ Rutinas claras: Todos los niños necesitan de límites y reglas, en el caso de los niños con autismo tener una rutina diaria con actividades organizadas y distribuidas de acuerdo a horarios resulta muy beneficioso para incluir comportamientos que se desean. Utilizar esta estrategia disminuye los comportamientos indeseados y facilita el desarrollo de las actividades cotidianas, fomentando la autonomía e independencia. No olvides que una forma de clarificar los comportamientos que deseamos es hacerlo de forma explícita, señalando la conducta que queremos desarrollar. La mejor forma de acompañar una rutina es presentarla con refuerzos visuales, podemos utilizar pictogramas o imágenes alusivas para señalar las tareas, el orden y el momento en el que estas se desarrollaran.

★ Hacer visible lo invisible: En muchas ocasiones suponemos que los niños con TEA comprenden los eventos de la misma forma que las personas sin autismo, pero esto



no es así. Cuando identifiquemos que nuestro hijo tiene dificultades para entender o comportarse según lo esperado, intentemos explicar de forma clara y explícita la situación, aunque consideremos que puede ser obvio o que es un conocimiento que damos por sentado, debemos recordar que la forma en la que los niños con TEA experimentan el mundo, es diferente, por lo que debemos enseñar con ejemplos y modelos, las lógicas detrás de algunos eventos.

★ Pataletas y conductas de agresión: Primero, debemos identificar si estas se producen por dificultades en la comprensión o expresión del lenguaje, que generen frustración o si se debe a cambios no anticipados de las rutinas o ante estímulos sensoriales que resulten difíciles de tolerar, en estos casos la mejor manera de resolverlo es utilizar alguna de las estrategias abordadas previamente. Otras estrategias que pueden resultar, es desviar la atención hacia otro objeto o situación, no prestar atención ante estos comportamientos, utilizar el time out o aislamiento mientras dura la pataleta o la contención física, de ser necesaria.

★ Desarrollo de autonomía e independencia: Nuestra finalidad como padres debe ser desarrollar habilidades en nuestros hijos que le permitan llevar una vida independiente, por eso es importante que en casa formemos hábitos de autocuidado y rutinas de autonomía, de acuerdo a la edad y condiciones de cada niño. Lavarse los dientes solo, vestirse, cruzar la calle, ir a la tienda, guardar su ropa, tender su cama son ejemplos de actividades que podemos enseñar en casa y que fortalecen la independencia en tareas cotidianas.

★ Espacios extracurriculares: Los niños con TEA también tienen talentos y gustos que podemos incentivar mediante actividades extra: hacer un deporte, participar en



actividades musicales o artísticas, pertenecer a un grupo de interés o desarrollar hobbies permiten fortalecer otras habilidades en nuestros hijos, en estos espacios no solo propiciamos la relación con otros niños, sino que fortalecemos la participación e integración en entornos comunitarios y sociales.



## Bibliografía ★

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Conway, J. R., & Bird, G. (2018). Conceptualizing degrees of theory of mind. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(7), 1408-1410.

Cuervo, A. A. V., Rosado, M. E. C., García, J. V., & Martínez, E. A. C. (2009). Creencias erróneas de padres de niños con autismo. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 15-23.

De la Riva, J. A., & Fraile, M. A. (2006). Trastorno de autismo y discapacidad intelectual. *Coord. Del Barrio, J. (2006). Síndromes y apoyos. Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones. Cap., 3, 77-107.*

Díaz, R. F., & Tena, R. R. (2008). Las emociones en el niño autista a través del comic: estudio de caso. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, (33), 5-28.

Ecker, C., Schmeisser, M. J., Loth, E., & Murphy, D. G. (2017). Neuroanatomy and neuropathology of autism spectrum disorder in humans. In *Translational Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder* (pp. 27-48). Springer, Cham.

García, E. E., Mera, P., & Toledo, D. (2018). Trastorno del espectro autista: caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 26(1), 34-44.

Gomez Echeverry, I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, 8(15) 113-124.

Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 66(Supl 1), S31-8.

Hyman, S. L., Levy, S. E., & Myers, S. M. (2020). Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 145(1).

Hodges, H., Fealko, C., & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55.

Kimmel, S. R. (2002). Vaccine adverse events: separating myth from reality. *American family physician*, 66(11), 2113.

Martínez, J. L., García, S. A., & Bravo, P. C. (2010). Experiencia educativa sobre la comprensión de emociones y creencias en alumnado con trastornos del espectro autista. *Revista de Investigación Educativa*, 28(1), 65-78.



Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Marzo de 2015). *Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>

Ministerio Nacional de Educación de Colombia. (2017). *Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva*. Obtenido de Ministerio Nacional de Educación de Colombia: [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293\\_foto\\_portada.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-360293_foto_portada.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Autism spectrum disorders*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

Pizarro, H. C., & Retana, G. F. (2007). Mitos que manejan padres y madres acerca del autismo en Costa Rica. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(2), 0.

Reyna, C. (2011). Desarrollo emocional y trastornos del espectro autista. *Revista de investigación en psicología*, 14(1), 273-280.

Sanchack, K., & Thomas, C. A. (2016). Autism spectrum disorder: Primary care principles. *American family physician*, 94(12), 972-979.

Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of autism and developmental disorders*, 33(6), 565-581.

Servicio de información sobre discapacidad. (2007). *Un niño con autismo en la familia*. Obtenido de Servicio de información sobre discapacidad: [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20581/familia\\_autismo.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20581/familia_autismo.pdf)

Shen, M. D., & Piven, J. (2017). Brain and behavior development in autism from birth through infancy. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Shen, L., Zhao, Y., Zhang, H., Feng, C., Gao, Y., Zhao, D., ... & Yao, F. (2019). Advances in biomarker studies in autism spectrum disorders. In *Reviews on Biomarker Studies in Psychiatric and Neurodegenerative Disorders* (pp. 207-233). Springer, Cham.

Taylor, B., Miller, E., Farrington, C., Petropoulos, M. C., Favot-Mayaud, I., Li, J., & Waight, P. A. (1999). Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *The Lancet*, 353(9169), 2026-2029.

Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L., & Eslick, G. D. (2014). Vaccines are not associated with autism: an evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*, 32(29), 3623-3629.



Villarreal, A., Hartman, H., Arauz, R., Quevedo, R., & Del Cid, W. (2018). Características más comunes del diagnóstico de trastorno del espectro autista realizado por pediatras. *Conducta Científica*, 1(1), 26-32.

Zegarra-Valdivia, J., & Chino Vilca, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 189-199.

Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.

